UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956. — N° 199

LES EXAMENS PARACLINIQUES ET L'EXPERTISE MENTALE EN MATIÈRE PÉNALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 27 novembre 1956

PAR

Jacques-Maurice-Marcel CHARON

Né au BOUSCAT (Gironde), le 6 novembre 1928.

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, professeur ..... *Président.*
DELMAS-MARSALET, professeur. } *Juges.*
VOUIN, prof. à la Fac. de Droit. } *Juges.*
L'ÉPÉE, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly, 6

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0061

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956. — N° 199

LES EXAMENS PARACLINIQUES ET L'EXPERTISE MENTALE EN MATIÈRE PÉNALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 27 novembre 1956

PAR

Jacques-Maurice-Marcel CHARON

Né au BOUSCAT (Gironde), le 6 novembre 1928.

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, professeur ..... *Président.*
DELMAS-MARSALET, professeur. } *Juges.*
VOUIN, prof. à la Fac. de Droit. } *Juges.*
L'ÉPÉE, agrégé ..... } *Juges.*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly, 6

1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, MAURIAC, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY, BROUSTET	Pathologie générale et expérim.	SARIC
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSE	Clinique ophtalmologique	BESSIERE
Clinique d'accouchements	M. RIVIERE	Clin. chirurg. inf. et orthop.	POUYANNE
Clinique gynécologique	MAGENDIE	Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN
Anat. pathol. et microsc. clin.	LEGER	Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Anatomie	DUFOUR	Physique méd. et pharm.	PIFFAULT
Anatomie générale et histologie.	MAYER	Méd. et hyg. tropicales. et Clin. des mal. exot.	MORETTE
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIECHAUD	Clin. des mal. cut. et syphil.	JOULIA
Méd. légale et méd. du travail	DERVILLEE	Clin. des mal. des voies urin.	DARGET
Electroradiol. et clin. d'électric. médic.	REBOUL	Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Chimie	MESNARD	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Matière médicale	MASQUELIER.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU
Pharmacie	VITTE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Physiologie	FABRE	Botanique et cryptogamie	GIRARD
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN	Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Zoologie et parasitologie	SIGALAS	Hydrologie thérap. et climatol.	DUBARRY
		Carcinologie	LACHAPELE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), MM. MOUSTARDIER (Bactériologie), CAZAUX (Pharmacie, 3e Section).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Anatomie	RIGAUD, CABANIE	Physique médicale	DUHAMEL
Biochimie médicale	NEUZIL	Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE, ROMAIN
Pathologie expérimentale	FAURE	Pharmacie (2e Section)	QUILICHINI.

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, LAVIGNOLLE, MARTIN-DUPONT, DAVID-CHAUSSE, J. RIVIERE	Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGERE
		Ophtalmologie	CORCELLE
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS, M. PORTMANN
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
		Pédiatrie et puériculture	VERGER
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS, DARMAILLACQ	Méd. légale et méd. du travail.	L'EPEE
		Odonto-stomatologie	BENOIT
		Urologie	LANGE
		Neurologie et psychiatrie	BLANC
		Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Accouchements	CHASTRUSSE, FAUGERE	Physiologie	Mme LINQUETTE
Puériculture	VERGER, PERY	Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Législation pharmaceutique	COUSTOU	Phytopharmacie	CORTESI
Cryptogamie	LAUBIE	Droit médical international	AUBY
Obstétricie sociale	MAHON	Médecine légale	L'EPEE
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE	Séméiologie médicale	RIVIERE (J.).
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE	Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Chimie analytique	BABIN	Embryologie	STOLL
Pathologie chirurgicale	VILLAR, CHAVANNAZ, TINGAUD, DARMAILLACQ, LAPORTE	Pathologie médicale	BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, LAVIGNOLLE, DAVID-CHAUSSE, RIVIERE, MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : ANDRÉ GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MON PERE

Mon premier maître. Son exemple me guidera toujours, aussi sûrement que ses conseils.

A MA MERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

SANS OUBLIER CEUX QUI NOUS ONT QUITTÉ.

A L'INTERNAT DE CHATEAU-PICON

A Monsieur le Docteur F. BANNEL

Médecin-Assistant des Hôpitaux.

Dès le début de nos études, il s'intéressa très aimablement à nous. Son aide et sa grande expérience nous furent précieuses au cours de ce travail, dont il nous inspira l'idée. Nous l'en remercions vivement.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE CHATEAU-PICON :

Monsieur le Docteur GARDES

Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Hommage respectueux.

Monsieur le Docteur DONNADIEU

Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Hommage respectueux.

Monsieur le Docteur de BOUCAUD

Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Hommage respectueux. Puissions-nous, dans son service, tirer tout le profit de son enseignement si vivant et si humain.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur L'EPEE

Agrégé de Médecine légale et Médecine du Travail,
Assistant de Dermato-vénéréologie des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

Hommage respectueux.

Monsieur R. VOUIN

Professeur de Droit criminel à la Faculté de Droit de Bordeaux.

Très respectueusement, nous lui exprimons notre gratitude pour sa bienveillance et pour la qualité des conseils qu'il nous a prodigués. Il nous a fait un grand honneur en acceptant de siéger dans notre jury.

Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies mentales et nerveuses,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous gardons de notre passage dans son service le souvenir toujours présent d'un enseignement remarquable. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DERVILLEE

Professeur de Médecine légale et Médecine du Travail,
Membre de la Commission internationale permanente
pour la Médecine du Travail,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse gratitude pour le goût qu'il nous a donné de la médecine légale et pour le soin bienveillant avec lequel il nous a guidé dans notre travail.

LES EXAMENS PARACLINIQUES ET L'EXPERTISE MENTALE EN MATIÈRE PÉNALE

« En invoquant la démence comme synonyme de folie ou d'aliénation mentale, la loi a eu le grand tort de ne pas la définir. Il est résulté de cette omission que la question médicale est restée soumise à de craintives tergiversations. Cependant, et comme si un bénéfice pouvait résulter d'une faute, il est devenu possible, par suite de cet oubli peut-être intentionnel, de donner à l'expression démence une extension assez grande. »

Legrand Du Saulle,
La Folie devant les tribunaux, 1864.

INTRODUCTION

Dans l'état actuel de la législation française, c'est très généralement sur le seul terrain de l'expertise médicale que la Justice fait appel aux connaissances neuro-psychiatriques.

Après de modestes débuts, l'expertise mentale en matière criminelle — que l'on nomme trop souvent l'« expertise de la Responsabilité » — a pris une extension très grande. Les juges d'instruction l'ordonnent fréquemment, mais les controverses et les projets de réforme qu'elle a suscités témoignent qu'elle ne satisfait personne.

Et pourtant, cette intervention imparfaite de la médecine a enrichi le Droit de notions qu'il ne pouvait tenir de lui même. La jurisprudence consacre cette contribution, mais souligne, en même temps, les difficultés qui ralentirent son progrès.

En effet, cette expertise neuro-psychiatrique, les juristes déplorent qu'elle ne soit prévue, en législation, par aucun texte particulier : elle n'est qu'un aspect de l'expertise, en général, alors que la difficulté de son objet, l'imprécision de ses limites et de ses garanties, rendraient nécessaire un statut mieux défini.

Par ailleurs, un fort courant médical s'oppose, depuis longtemps, à la conception traditionnelle de l'expertise mentale. Les cinquante dernières années ont offert à la médecine une connaissance plus poussée de la maladie. Les moyens de diagnostic se sont multipliés, secondant l'observation clinique d'investigations complémentaires.

Les progrès de l'anthropologie, de la psychologie et de la biologie ont bouleversé la médecine mentale classique. Elles ont, notamment, permis de dissocier des entités nosographiques déjà décrites des états psychopathiques et névrotiques mal précisés jusqu'alors.

Les conséquences de ces acquisitions se sont fait naturellement ressentir sur l'objet de l'expertise : les états susceptibles d'entraîner une « diminution de la responsabilité pénale » se sont multipliés. Le médecin, devant les hésitations et les inquiétudes du magistrat, désire étayer son diagnostic, lui donner un aspect plus objectif par le recours aux examens paracliniques. Mais l'expert se heurte alors aux lenteurs de la procédure, aux difficultés d'effectuer quelques investigations, voire à de vives oppositions envers certaines épreuves. Si bien qu'il se demande, dans de nombreux cas, comment il pourra remplir, selon sa conscience de médecin, la mission qu'on lui a confiée.

Mais, d'autre part, l'expertise neuro-psychiatrique, dans son ensemble, est remise en question par le développement rapide de la criminologie moderne. Cette science récente, issue de recherches juridiques, médicales et sociologiques, suscite, dans le monde entier, un regain d'intérêt. Ce qui

importe de plus en plus, ce n'est pas l'acte criminel par lui-même, mais la personnalité de celui qui l'a commis. En corollaire, la responsabilité morale passerait au second plan.

L'expertise mentale classique devrait céder le pas à l'observation scientifique du délinquant, ou trouver sa place dans le cadre de « l'examen médico-psychologique et social » par lequel cette observation fournirait au juge les éléments du choix d'un traitement, répressif ou éducatif, approprié à la personnalité de chaque délinquant.

Certains demandent le passage « de l'expertise psychiatrique à l'expertise criminologique », qui aurait pour but « de classer les auteurs d'infraction, non plus suivant leurs infractions, mais suivant leur aspect bio-criminologique personnel, d'indiquer les mesures thérapeutiques nécessaires à l'amendement de l'inculpé, ainsi qu'à la défense sociale » (Trillot).

Ces divers courants d'idées expliquent le « malaise profond » (H. Riser) qui règne actuellement dans la procédure de l'expertise.

Nombre d'auteurs estiment que l'expertise psychiatrique ne peut être améliorée dans le cadre de notre Code pénal. Déjà, dans plusieurs pays étrangers, des réformes profondes ont enrichi le Droit de notions criminologiques.

Mais il n'appartient pas au médecin de modifier les textes. Nous nous proposons simplement de faire ressortir, à la lumière des examens paracliniques dont dispose le psychiatre, combien a été approfondie la connaissance des états psychiques déterminant des conduites antisociales.

Nous envisagerons, enfin, quelles améliorations pourraient être apportées au cadre actuel de l'expertise. Celles-ci permettraient à l'expert d'introduire, avec prudence et fermeté, dans son rapport, un exposé plus complet de la personnalité de l'inculpé et la démonstration des causes profondes de son infraction à la loi.

Ainsi, le médecin — que, rappelons-nous encore, la réforme du Code pénal ne concerne pas — aurait-il la possibilité de promouvoir, lors du procès et avec l'aide de la magistrature, un abord plus criminologique du problème de la responsabilité.

Pour conserver à la question toute sa clarté, nous consacrerons une première partie de ce travail à l'évolution médico-légale, qui a mis en relief l'insuffisance de l'expertise à remplir son rôle médical et humain.

Puis, l'exposé des examens paracliniques dont peut disposer l'expert psychiatre fera la matière d'une seconde partie.

En troisième lieu, seront envisagés l'application à l'expertise actuelle des données paracliniques, ainsi que les moyens susceptibles d'améliorer cette utilisation. Nous nous permettrons alors de faire des suggestions exprimant les désirs des médecins experts.

De ce travail seront exclues toutes les notions relatives à la délinquance juvénile. En France, comme ailleurs, un grand progrès d'inspiration criminologique a été accompli dans ce domaine. Mais aucune réforme n'a modifié la législation concernant les adultes.

C'est cette omission qui nous a incité à porter à ce problème, grave et très vaste, une modeste contribution médicale.

PREMIÈRE PARTIE

ÉVOLUTION DES IDÉES MÉDICO-LÉGALES SUR L'ALIÉNATION

LES SOURCES

La naissance de la médecine légale des aliénés est récente, mais « en se fondant sur l'histoire de l'aliénation et celle du droit » (Krafft-Ebing), on retrouve les sources de cette discipline médicale.

Les sociétés primitives prenaient en considération le côté objectif du crime sans s'inquiéter de la volonté de nuire du coupable.

Il faut arriver aux préceptes mosaïques pour que se dégage l'idée d'intention. Mais la Bible n'offre aucun exemple d'« expertise médicale » tendant à savoir si un coupable jouit d'une volonté libre.

C'est le Droit romain de l'époque impériale qui précise la notion d'imputabilité : le crime n'étant pas imputable à l'aliéné — assimilé aux enfants — l'aliénation supprime la responsabilité pénale, à moins que l'infraction n'ait été commise au cours d'un intervalle lucide. Les principes du Droit romain furent en grande partie maintenus lors de l'avènement du christianisme. Mais, au cours du Moyen Age, l'interprétation outrancière de textes bibliques tend à rapporter la folie à l'intervention de puissances démoniaques. Les troubles mentaux échappent à l'observation médicale, et cette acception surnaturelle trouve une justification apparente dans la fréquence des délits d'ordre religieux.

C'est la Renaissance qui ramène, après une époque superstitieuse, l'esprit rigoureux du Droit romain.

Les travaux des juristes italiens du XVI[e] siècle reprennent en considération les conditions subjectives de l'imputation

C'est à cette époque que se place l'intervention de Cornélius Agrippa. Assistant à un procès intenté à une malheureuse accusée d'un crime, il s'écria : « Vous avez affaire à une femme mélancolique. Elle n'a rien fait, elle n'est pas coupable des choses dont vous l'accusez ! » Cette « expertise » — certainement très illégale — est la première utilisation des connaissances psychiatriques dans une cause criminelle.

En 1564, se produit un autre fait capital : la publication, par Jean Wier, de son livre *De Præstigiis Dæmonum;* il démontrait que l'aliénation et l'hystérie étaient la plus fréquente cause des cas de sorcellerie.

Il faut cependant arriver au XVII[e] siècle pour qu'un essai de synthèse soit tenté entre les connaissances médico-psychologiques et la science juridique. Ce mérite revient à Paulus Zachias, médecin légiste du pape Jean XXII, dans ses *Quæstionnes medico-legales* (Rome, 1621-1650). C'est cet ouvrage qui consacre l'usage du mot « démence » pour désigner tous les troubles mentaux entraînant une perte de la volonté consciente.

Zachias attira l'attention sur la grande variété d'expression des troubles mentaux, sur le fait que les actes sont souvent plus révélateurs de la folie que les discours, enfin sur l'existence de délires partiels.

Mais, bien plus, il fonda les bases du diagnostic médico-psychologique, réalisant ainsi, longtemps avant l'ère de la clinique, la première œuvre de médecine légale des aliénés. Toutefois, les principes établis par Zachias ne furent pas appliqués à la procédure.

L'expertise médicale existait pour des questions de fait, mais la justice n'éprouvait pas le besoin de consulter le médecin pour apprécier si un trouble mental pouvait modifier l'imputabilité.

Sans doute, la médecine des aliénés n'avait-elle pas acquis

une maturité suffisante pour s'imposer aux yeux des magistrats. C'est le mouvement philosophique et humanitaire du XVIII[e] siècle, avec ses conséquences juridiques et médicales, qui prépara le renouveau de la médecine légale psychiatrique.

LES DEBUTS DIFFICILES DE L'EXPERTISE MENTALE

Le Code pénal français de 1810, inspiré des notions de libre arbitre et d'utilité sociale de la peine, et le Code d'instruction criminelle de 1808 donnent les fondements juridiques de l'expertise mentale actuelle. Le Code pénal établit que le délinquant ne peut être puni que si la faute lui est imputable matériellement, mais aussi moralement.

L'imputabilité morale est décomposée en deux éléments :

— la responsabilité;
— la culpabilité.

C'est la responsabilité qui nous intéresse ici : c'est l'aptitude d'un sujet à répondre de ses actes. Cette responsabilité implique :

— l'intelligence ou discernement du bien et du mal;
— le libre arbitre, c'est-à-dire la faculté de choisir entre les divers motifs de conduite et d'agir volontairement.

L'article 64 du Code pénal déclare : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

L'expertise médicale est prévue, dans le Code d'instruction criminelle, à l'article 44, « s'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte ». Le texte est d'ailleurs très bref, et « malheureusement, le Code d'instruction criminelle est muet ou à peu près sur les règles à suivre en matière d'expertise mentale » (Ch. Vallon).

Dès l'origine de la nouvelle législation française, la pratique de l'expertise mentale devant la juridiction criminelle s'est heurtée à l'imprécision des textes. Mais cette imperfection n'était pas la seule cause de ses débuts difficiles. A la suite de Kant, nombre de philosophes revendiquaient l'étude des troubles mentaux. Il fallut les efforts de Pinel et d'Esquirol pour consacrer, comme une branche de la médecine, la psychiatrie naissante.

Cependant, la réserve des magistrats persistait vis-à-vis de la médecine mentale.

Un événement d'une portée considérable eut lieu en 1824. Un jeune avocat, Paillet, eut l'audace d'invoquer pendant le procès de Papavoine, accusé d'avoir égorgé deux enfants, l'excuse d'une monomanie homicide, qui, selon l'avis des médecins, entraînait l'irresponsabilité. Papavoine fut condamné, mais Odilon Barrot écrivait à Paillet : « Demandez une espèce de revision par un jury de médecins, beaucoup plus compétent que celui qui l'a jugé. »

Cependant, la querelle des monomanies empoisonna les premiers rapports entre la psychiatrie et le droit. Pour les magistrats, « la théorie de la monomanie portait atteinte à la théorie de l'existence de l'âme, et ils se refusaient à admettre que la volonté fût une faculté morale sujette, comme les autres, à des lésions » (Krafft-Ebing). Aussi, l'expertise mentale continuait-elle à soulever l'opposition des jurisconsultes : « Quand on ne pourra plus dire d'un homme : il est coupable, on dira : il est fou, et on verra Charenton remplacer la Bastille. » (Dupin.)

Toute l'autorité d'Orfila et la publication en 1840 du livre de Marc : *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-légales*, parviendront à imposer aux juristes le respect des connaissances psychiatriques.

Dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle, la brillante Ecole française d'« aliénistes », Falret, Morel, Calmeil, Baillarger, Moreau, Legrand Du Saulle et tant d'autres portèrent la médecine mentale à un degré de maturité clinique comparable à celui des autres branches de l'art médical.

LES PROBLEMES DE LA FIN DU XIXe SIECLE

La médecine mentale, ayant ainsi conquis son autonomie, s'élança, selon le mot de H. Ey, à la recherche d'entités anatomo-cliniques. De remarquables travaux d'anatomie pathologique entraînèrent les aliénistes à rechercher la « lésion ». C'est ce que Lain Entralgo a nommé « la monarchie du signe physique ».

La théorie de la dégénérescence de Morel avait préparé cette voie; ses successeurs devaient en donner une interprétation abusive.

Le cas privilégié de la paralysie générale montrait qu'une atteinte morbide du système nerveux entraînait des troubles mentaux et médico-légaux. L'irresponsabilité légale au cours de cette affection était indubitable. Mais ne devait-il pas en être de même quand les centres nerveux étaient atteints, de façon héréditaire, ou par un arrêt de développement, ou encore par un traumatisme ? La crâniologie, l'anthropologie, la doctrine des localisations cérébrales, l'étude des généalogies de criminels, ne montraient-elles pas des cas probants ?

Mais ce sont surtout les recherches de l'Ecole d'anthropologie criminelle de Lombroso qui ont le plus modifié l'attitude des aliénistes envers la question de responsabilité. En effet, la description du type criminel, si elle eut le mérite d'être l'une des sources de la criminologie, conduisit nombre de médecins à nier la responsabilité pénale. Dans ces conditions, certains experts outrepassèrent leur mission, n'hésitant pas à utiliser l'anthropologie « pour achever de battre en brèche la forteresse gothique du libre arbitre » (Letourneau).

Quand on se reporte aux discussions de la Société médico-psychologique de 1863 et 1864, on peut y voir la prudence avec laquelle les anciens aliénistes considéraient la grave question de la responsabilité pénale. Falret estime que ce problème n'est pas de la compétence du médecin. Même, au cours des discussions sur la responsabilité partielle

— correspondant aux délires partiels — les aliénistes font preuve d'une grande réserve, s'efforçant de ne jamais quitter le terrain médical.

Quel chemin parcouru jusqu'aux dernières années du XIX[e] siècle ! Nombre de médecins se plaignent, eux-mêmes, que l'irresponsabilité est alors plaidée par l'expert de façon excessive. Et RIANT pouvait écrire en 1888 : « N'a-t-on pas entraîné l'expertise hors de ses voies, et parfois de sa compétence spéciale ?... Aujourd'hui, on attend d'elle, on exige presque, soit à l'audience, soit dans les rapports médico-légaux, des appréciations qui ne laissent plus à la magistrature qu'une sorte de rôle d'enregistrement. »

Mais les travaux qui avaient abouti à ces excès présentent des mérites importants. Ils ont montré que des recherches d'ordre objectif pouvaient concourir au diagnostic médico-légal et que la mission de l'expert devant la juridiction criminelle ne pouvait toujours se résoudre au seul établissement d'un diagnostic clinique de « démence au temps de l'action ».

LA CIRCULAIRE CHAUMIE

La circulaire Chaumié (1905) manifeste que les milieux juridiques n'étaient pas restés indifférents à l'évolution de la médecine mentale : « A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales... Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé. »

En conséquence, l'expert était invité à dire, en plus de la question relative à l'article 64 du Code pénal, « si l'examen psychologique et biologique ne révèle point chez l'inculpé des anomalies mentales de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité ».

La circulaire Chaumié fut diversement appréciée des experts psychiatres. La discussion qui suivit le rapport de Gilbert Ballet au Congrès des aliénistes de 1907 témoigne de ces divergences.

Gilbert Ballet déplore que nombre de ses collègues concluent à une « atténuation de la responsabilité »; mais il trouve également abusif que des magistrats posent eux-mêmes aux experts des questions sur la responsabilité. Pour lui, le diagnostic psychiatrique est l'unique mission de l'expert et « les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical ».

Grasset propose qu'on emploie le mot de responsabilité médicale : cette dernière est fonction de l'état de nos neurones psychiques, « la responsabilité correspond à la normalité, l'irresponsabilité à la maladie de ces neurones ». D'autre part, Grasset, avec Régis, soutient que le médecin peut apprécier les degrés d'atteinte de la fonction responsabilité. Giraud estime que « la déclaration que le prévenu est responsable ou irresponsable doit venir seulement comme corollaire du diagnostic », et, « en aucun cas, l'expert ne peut chercher à mesurer le degré de responsabilité ».

Ces quelques opinions de médecins particulièrement compétents montrent les divergences d'interprétation des devoirs de l'expert.

Mais deux préoccupations sont générales : entre les sains d'esprit entièrement responsables et les aliénés irresponsables, il existe une « zone mitoyenne... peuplée d'individualités tarées à divers degrés » (Régis). C'est alors que le diagnostic est particulièrement difficile.

D'autre part, les mesures médico-judiciaires applicables à ces sujets n'existent pas. « Nous devons donc nous efforcer, dit Régis, de bien préciser ces états morbides intermédiaires, de façon à préparer ainsi les voies à des législations et à des solutions pratiques meilleures. »

LA DEUXIEME REVOLUTION PSYCHIATRIQUE

Quelques années après le rapport de G. Ballet, Parant, en 1912, peut écrire que « le principe de la responsabilité atténuée a été reconnu et admis ». Les magistrats écoutent volontiers l'opinion des médecins qui prennent l'habitude d'évaluer la responsabilité pénale.

L'expertise psychiatrique est de plus en plus souvent ordonnée, et l'atténuation de la responsabilité invoquée, bien que cette atténuation se traduise pratiquement par l'admission des circonstances atténuantes et la multiplication des courtes peines, qui sont également impropres à procurer l'amendement et l'intimidation.

Charpentier, en 1930, peut écrire : « Le magistrat craint parfois que l'expert ne soit trop indulgent, l'avocat le trouve habituellement trop sévère, le public dit « qu'il voit des » fous partout ».

Que s'était-il passé ? Le début du xx[e] siècle a apporté ce que Zilboorg appelle « la deuxième Révolution psychiatrique ».

La maladie mentale n'est plus une entité qui rend l'homme « autre » aliéné; c'est une expression de la nature de l'homme. Les doctrines constitutionnalistes vont en s'affaiblissant : l'étude du dynamisme de l'inconscient, à la suite de Janet et de Freud, permet de faire la part entre l'héréditaire, le constitutionnel et l'acquis. Les affections à point de départ lésionnel sont mieux précisées — ainsi, par exemple, le cas des pervers postencéphalitiques — mais nombre de troubles mentaux voient démontrée leur origine fonctionnelle.

L'extraordinaire développement des techniques d'examens complémentaires apporte des confirmations diagnostiques. La sérologie de la paralysie générale en est le premier exemple, bientôt suivie par l'encéphalographie gazeuse, les tests de projection, l'électro-encéphalographie, la narco-analyse.

Tout ce foisonnement d'idées, de théories, de techniques, permet une connaissance plus précise de la maladie, un diagnostic plus précoce, mais surtout il donne au médecin le moyen d'aborder, d'une manière scientifique, cette zone mitoyenne entre le morbide et le normal, dont parlait Régis.

Certes, des excès furent commis, des interprétations abusives ont été tirées de certaines théories, et parfois les examens de laboratoire ont vu leurs résultats imprudemment utilisés. Mais la psychiatrie, ainsi enrichie, développée, a retrouvé son équilibre. Moins théorique que par le passé, elle a gardé d'une époque un peu rigide les grands cadres cliniques magistralement décrits par nos anciens, mais elle veut avant tout comprendre la signification des troubles mentaux, leur pathogénie, leur relation avec l'homme qui en souffre.

Son apport à la criminologie moderne est considérable. D'autres, mieux qualifiés que nous, en feront le bilan. Pour notre part, nous tenterons de préciser ce qui, dans les examens complémentaires de diagnostic, peut aider le médecin expert à améliorer sa connaissance de l'inculpé.

DEUXIÈME PARTIE

LES EXAMENS PARACLINIQUES DE NEURO-PSYCHIATRIE

INTRODUCTION

I. — *Les droits de la clinique.*

Avant de passer en revue les examens complémentaires couramment utilisés en neuro-psychiatrie, nous croyons devoir souligner la primauté de la clinique.

C'est à un clinicien que s'adresse le magistrat, c'est-à-dire à un homme dont la compétence médicale va de pair avec l'art d'inspirer la confiance et de choisir les éléments qui le conduiront au diagnostic.

Ces qualités sont irremplaçables : elles seules permettent au médecin d'établir avec l'inculpé le contact humain sans lequel on ne peut effectuer le bilan d'une personnalité; savoir observer un sujet dans son ensemble, mener un entretien avec habileté, tirer les données d'un examen neurologique approfondi, c'est cela qui autorise à dire que cet individu est normal ou malade; c'est cela qui permet aussi de « flairer », derrière une sémiologie pauvre, un état morbide larvé ou débutant.

L'observation clinique est donc fondamentale : c'est en

fonction de celle-ci que l'expert envisagera l'opportunité d'examens de laboratoire et choisira parmi eux ceux qui peuvent être utiles à élaborer, à confirmer son diagnostic, ou à préciser une impression qu'il craindrait de laisser subjective.

Mais le perfectionnement et la complication croissante de ces épreuves paracliniques rendent leurs résultats d'interprétation toujours plus délicate. Fréquemment, leurs données concordent avec celles de la clinique; parfois, elles entrent en contradiction. Pour emprunter les termes de Deniker, « discordants, ces résultats incitent le clinicien à reprendre ses recherches et à formuler de nouvelles hypothèses; dans les cas où les données de la clinique et du laboratoire demeurent inconciliables, c'est un principe admis de tous qu'à validité égale, la preuve clinique doit toujours l'emporter comme vérité plus immédiate et plus vitale ».

Ainsi, la critique des données paracliniques incombe au médecin expert, seul capable, par sa formation et ses qualités de clinicien, d'apprécier leur utilité pour la conclusion générale.

II. — *Définition de cet exposé.*

Quels sont donc ces examens paracliniques ? Pour la plupart, ce sont des techniques de laboratoire, c'est-à-dire « des examens faits en dehors de l'observation clinique par des spécialistes dûment qualifiés et selon des protocoles préétablis reposant sur des bases scientifiques reconnues » (Deniker). Nous rapprocherons de ces examens de laboratoire certaines épreuves exécutées par le clinicien lui-même en complément de l'observation clinique courante.

Le nombre est grand des examens paracliniques utilisables en neuro-psychiatrie : ainsi en est-il, entre autres, de l'étude chimique, cytologique et biologique des différentes humeurs, ou de l'exploration des fonctions endocriniennes.

Aussi, dans certains cas, l'expertise pourrait-elle tirer

bénéfice d'investigations couramment employées en pathologie générale.

Mais nous nous bornerons, dans notre étude, aux examens qui sont le plus étroitement annexés à la neuro-psychiatrie :

— l'examen du liquide céphalo-rachidien;
— la crâniographie simple et avec préparation;
— l'électro-encéphalographie;
— la méthode des tests mentaux;
— les épreuves pharmacodynamiques : narco-analyse et choc amphétaminique.

III. — *De certaines épreuves psycho-physiologiques.*

C'est à dessein que nous éliminons du cadre de ce travail les épreuves psycho-physiologiques destinées à apprécier la sincérité ou le mensonge.

Elles ont pour but d'enregistrer les modifications physiologiques déterminées par la réaction émotionnelle du sujet.

Divers appareils ont été proposés pour enregistrer ces variations. Le plus connu est le Polygraphe de Keeler, qui inscrit simultanément le réflexe psycho-galvanique, les modifications sphygmo-manométriques et celles de l'amplitude respiratoire. Le recueil des tracés a lieu au cours de l'interrogatoire ou d'épreuves d'associations de mots.

Le Polygraphe, utilisé avec satisfaction par la Police américaine en vue d'établir la matérialité des faits, a été essayé dans un laboratoire français, sous la direction de Heuyer.

Les indications médicales de son emploi n'ont pas été précisées, et le psychiatre sait, plus que tout autre, la fréquence des troubles de l'émotivité susceptibles de fausser les résultats.

Si l'expert veut, en médecin, apprécier l'insincérité d'un sujet, les tests mentaux lui offrent des moyens et des garanties plus sûrs que la mesure des réactions physiologiques à une stimulation émotionnelle.

IV. — *La biotypologie.*

A la limite de la clinique et du laboratoire se situe la biotypologie. Nous ne pouvons passer cette discipline sous silence. Son importance historique, les perspectives d'avenir qu'elle ouvre, en font un sujet d'intérêt pour tous ceux qui s'adonnent aux sciences de l'homme.

Partie de l'étude des stigmates de dégénérescence, de l'anthropométrie, elle était un complément de l'examen clinique. Depuis, elle a élargi son horizon : elle ne groupe plus les tempéraments selon les seules dominantes morphologiques, mais s'enrichit de critères nouveaux tirés de la biologie, de l'endocrinologie, de la caractérologie, de la sociologie.

Son étude sort du cadre de notre travail, car elle fait appel à trop de sciences extra-médicales et n'est qu'un instrument à la portée de rares spécialistes. L'un des plus autorisés parmi ceux-ci, Dublineau, lors du IIe Congrès international de Criminologie, s'exprimait en ces termes prudents : « L'étude criminologique ne peut s'empêcher de considérer dans quelle mesure la typologie peut lui fournir des modes d'abord de ses problèmes. Mais la typologie n'est guère actuellement en mesure de s'imposer en tant que telle, car elle cherche encore sa voie. »

Moins encore, à l'heure actuelle, saurait-on la considérer comme une technique de laboratoire au service de l'expertise psychiatrique.

LES EXAMENS BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES

I. — *Examen du liquide céphalo-rachidien.*

A. — Prélèvement.

La ponction lombaire est un acte simple, d'exécution facile. Moyennant quelques précautions élémentaires — au premier rang desquelles il faut placer l'examen du fond d'œil, toute stase papillaire la contre-indiquant — elle est sans accident et non douloureuse. Dans de rares cas, elle se révélera impraticable : on peut recourir alors à la ponction sous-occipitale, également sans danger, si elle est bien effectuée.

Ces deux lieux de prélèvement sont les seuls utilisables en médecine légale courante : la ponction ventriculaire nécessite un trou de trépan et, si son intérêt clinique est certain, elle se présente comme une véritable intervention chirurgicale.

Les constantes du liquide céphalo-rachidien sont universellement connues : les données des examens effectués par un biologiste compétent ne seront mises en doute par personne.

B. — Quand l'expert sera-t-il amené à demander un examen du liquide céphalo-rachidien ?

L'analyse de cette humeur est l'un des premiers examens à envisager par le médecin lorsqu'il soupçonnera une atteinte organique du névraxe.

Il y aura recours, en particulier :

— Lorsque la clinique lui aura montré des stigmates d'hérédo-syphilis, des signes pupillaires du type Argyll Robertson, ou des troubles neurologiques parfois discrets

qu'il ne peut rapporter, avec certitude, à une affection connue.

— Lorsque l'anamnèse l'informera d'une encéphalite, d'une syphilis, d'un traumatisme crânien dans les antécédents du sujet.

— Lorsqu'un changement récent, immotivé, dans l'humeur et le comportement du sujet, un délit absurde, poseront la question d'une atteinte organique récente de l'encéphale.

C. — **Ce que l'examen du liquide céphalo-rachidien pourra montrer à l'expert.**

1° Le liquide pourra d'abord être normal, tant par sa pression, aisément mesurable avant le recueil et sur le sujet couché, par le manomètre de Claude, que dans sa composition et ses réactions biologiques.

Trop de troubles mentaux évoluent sans anomalies hydrencéphaliques pour qu'on puisse en conclure que le sujet est normal.

Toutefois, il sera possible à l'expert d'affirmer qu'il n'y a pas actuellement d'atteinte infectieuse du névraxe, et de supposer, sans plus de certitude, qu'il n'y en a pas eu dans le passé.

Bien souvent, devant un tel résultat, le clinicien qui présume l'organicité d'un trouble mental devra recourir à d'autres examens de laboratoire.

2° Le liquide pourra présenter des anomalies de sa pression.

La pression du liquide céphalo-rachidien est normalement aux environs de 15 centimètres d'eau sur le sujet couché. La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'on ne doit parler d'hypertension qu'au-delà de 20 à 30 centimètres d'eau, et d'hypotension qu'au-dessous de 10 centimètres d'eau.

Un liquide hypertendu révélera une néoformation du cerveau (hypertension intracrânienne) ou, à un moindre degré,

une atteinte méningétique, qui pourra être précisée par un cortège de signes plus révélateurs.

L'hypotension a donné lieu à de moins nombreux travaux. Elle peut entraîner jusqu'à l'impossibilité de recueillir du liquide. D'après le rapport de Puech à la Société de Neurologie de Paris (1948), ce syndrome est loin d'être rare. Tantôt consécutif à des traumatismes crâniens ou des maladies nerveuses, tantôt apparemment primitif (un tiers des cas de sa statistique), il peut donner des formes psychiatriques (excitation, dépression, confusion, pseudo-paralysie générale, pseudo-schizophrénie).

La constatation d'une hypotension nette ou d'une aliquorrhée véritable mettra sur la voie d'un diagnostic que la clinique ne pouvait soupçonner.

3° Le liquide pourra présenter une modification de sa composition chimique.

L'anomalie la plus intéressante est l'hyperalbuminose, fréquemment associée à l'hypercytose, signant, si elle est abondante, un processus méningitique. D'importance moyenne, elle reste longtemps le témoin d'une encéphalite connue ou passée inaperçue.

Lorsque l'hyperalbuminose est isolée, les auteurs exigent un taux d'au moins 40 centigrammes, ou même davantage, pour lui accorder une valeur pathologique.

L'hyperalbuminose isolée se voit, en début de paralysie générale, associée à d'autres signes plus symptomatiques.

Elle pourra, d'autre part, mettre l'expert sur la voie du diagnostic de tumeur cérébrale, quitte à le vérifier par d'autres épreuves, une hyperalbuminose isolée, quoique fréquente au début des néoformations, ne permettant pas, à elle seule, d'affirmer leur existence.

4° Le liquide pourra présenter des anomalies cytologiques.

On admet généralement que le liquide céphalo-rachidien normal contient entre 0,1 et 3 éléments par millimètre cube — en grande majorité des lymphocytes — à la cellule de Nageotte.

Bien que la question soit débattue, on peut se ranger à l'opinion prudente de Jessers :

— état normal jusqu'à 5 éléments par millimètre cube;
— état suspect entre 5 et 10 éléments;
— état pathologique au-delà de 10 éléments.

Les polynucléaires neutrophiles en grand nombre témoigneront d'une méningite purulente.

L'hyperlymphocytose est forte dans les méningites « lymphocytaires », au premier rang desquelles se trouve la méningite tuberculeuse sur l'intérêt médico-légal de laquelle on a récemment attiré l'attention.

Enfin, une mononucléose isolée pourra, elle aussi, amener l'expert à envisager l'existence d'une néoformation intra-crânienne.

La présence d'hématies est toujours pathologique (hémorragie méningée récente), à moins qu'elle ne soit due aux mauvaises conditions du recueil, le passage de l'aiguille à travers un vaisseau pouvant être une cause d'erreur.

La xanthochromie du liquide témoignera d'un épanchement sanguin plus ancien.

5° Le liquide pourra présenter des réactions biologiques caractéristiques.

L'expert, qui soupçonnera une atteinte syphilitique du système nerveux, bénéficie actuellement de techniques presque parfaites.

L'amélioration des réactions d'hémolyse (de type Bordet-Wassermann) par les méthodes de Debains, de Demanche et de Kolmer, a rendu très rare leur négativité dans le liquide des paralytiques généraux.

Les réactions de floculation de Kahn, de Kline, du V.D.R.L., la réaction d'opacification de Meinicke sont plus sensibles que le classique benjoin colloïdal.

Enfin, parmi les dernières acquisitions, si la recherche du

taux des réagines semble plutôt orientée vers le contrôle de la thérapeutique, l'épreuve d'immobilisation des tréponèmes de Nelson et Mayer est d'une importance capitale. C'est la première réaction rigoureusement spécifique de la syphilis, puisqu'elle utilise comme antigène le tréponème lui-même.

En demandant plusieurs réactions :

— une réaction d'hémolyse, moyennement sensible, mais de bonne spécificité;
— deux réactions de floculation, très sensibles, mais sujettes aux « fausses réactions », l'expert n'a que peu de risques d'ignorer l'existence d'une paralysie générale.

Cependant, on a signalé des cas confirmés avec sérologie normale. L'épreuve de Nelson et Mayer doit, de plus en plus fréquemment, être demandée pour trancher les cas douteux. Comment l'expert pourrait-il se priver d'une réaction positive dans la totalité des cas de méningo-encéphalite de la période tertiaire et de méningites syphilitiques chroniques ? Les dernières statistiques sont formelles : l'expert ne peut plus redouter de réactions faussement positives ou négatives.

II. — *Les examens radiographiques.*

A. — Introduction aux méthodes radiographiques.

Nous étudierons, dans ce chapitre, les techniques — la plupart d'introduction récente — qui utilisent les rayons X pour le diagnostic des lésions crâniennes et cérébrales.

La crâniographie simple, employée depuis longtemps, a été, en clinique, reléguée au second plan par l'emploi des moyens de contraste (gaz, substances opaques aux rayons X). Mais elle conserve encore un large champ d'utilisation : en effet, si elle renseigne moins sur certaines lésions que les

clichés après préparation, elle montre, sans intervention susceptible de léser l'individu, de nombreuses images pathologiques.

La radiographie du crâne après préparation fait appel à deux procédés de contraste :

— l'injection d'un gaz dans les cavités occupées par le liquide céphalo-rachidien : ventriculographie et encéphalographie gazeuse;
— l'introduction d'une substance opaque aux rayons X, soit dans le système ventriculaire : iodo-ventriculographie; soit dans les artères carotide ou vertébrale : angiographie cérébrale.

De toutes ces techniques, deux surtout doivent être retenues pour une utilisation médico-légale courante :

— l'encéphalographie gazeuse;
— l'artériographie carotidienne.

La ventriculographie gazeuse et l'iodo-ventriculographie nécessitent des trous de trépan. Quant à l'angiographie vertébrale, sa difficulté technique en fait une méthode d'exception.

Successivement, nous étudierons :

— la crâniographie simple;
— l'encéphalographie gazeuse;
— l'artériographie carotidienne.

B. — La crâniographie simple.

1° Rappel.

La crâniographie a bénéficié de récents progrès, dont les principaux sont : la multiplication des incidences, la tomographie, l'agrandissement des clichés.

Elle présente les grands avantages de l'innocuité et de la simplicité technique. Confiée à un technicien sûr, sachant

mettre en œuvre toutes les incidences utiles et interpréter les images en éliminant les causes d'erreur, ses données ont valeur de preuve incontestable. Elle montre, en effet, les aspects pathologiques eux-mêmes, sans artifice destiné à les déceler.

2° Quand l'expert sera-t-il amené a recourir a la craniographie ?

Elle lui sera essentiellement utile :

— Lorsqu'il aura observé des malformations importantes de l'ossature crânio-faciale.

— Lorsqu'il aura la notion d'un traumatisme crânien (accident obstétrical grave, fracture du crâne, blessure par arme à feu, intervention neuro-chirurgicale ayant nécessité une trépanation).

— Lorsque l'examen clinique ou une recherche de laboratoire l'aiguillera, sans emporter sa conviction, vers le diagnostic de néoformation intracrânienne.

3° Ce que la craniographie pourra montrer a l'expert.

a) Des clichés normaux.

Ils n'entraîneront aucune conclusion particulière. Ils permettront toutefois d'affirmer qu'une fracture du crâne n'a pas été suivie de consolidation vicieuse. Bien souvent, ils inciteront l'expert à faire pratiquer d'autres examens plus sensibles.

b) Des anomalies de développement : platybasie, dysplasie périostale de Porak et Durante, turricéphalie et autres déformations.

Mais ce n'est pas dans ce domaine que la crâniographie donne les renseignements les plus intéressants, ces affections étant rarement compatibles avec une intelligence normale. La principale contribution de cet examen, dans ce cas, est de rendre objectifs des stigmates de dégénérescence incomplètement décelés par l'examen clinique.

c) L'existence d'un trait de fracture, dont la réparation est variable selon l'âge du sujet, et qui peut persister jusqu'à cinq ans après le traumatisme. Ou encore une embarrure, souvent remaniée au point de vue osseux avec épaississement et densification.

d) La présence de corps étrangers dans la boîte crânienne (projectiles, esquilles). Leur localisation nécessite la prise de clichés selon les trois dimensions de l'espace.

e) La distension des sutures crâniennes, rare chez l'adulte.

f) Des modifications des parois osseuses :

Empreintes digitiformes des hydrocéphales;

Amincissements osseux au contact des gliomes (voûte, petites ailes du sphénoïde);

Elargissement et multiplication des sillons vasculaires, fréquemment observés contre les méningiomes;

Lésions érosives de la paroi dues à la pression d'un kyste ou d'un gliome;

Déformations caractéristiques de la selle turcique des adénomes hypophysaires, des crânio-pharyngiomes, des tumeurs juxta-sellaires;

Réactions hyperostosiques (spicules et ostéomes en regard des méningiomes);

Ombres denses des néoformations de la paroi osseuse.

g) Des calcifications intracrâniennes :

Les dépôts calcaires au niveau des lésions du cerveau et de ses enveloppes donnent des opacités que la fréquence des calcifications physiologiques oblige d'analyser minutieusement. Certaines tumeurs : crânio-pharyngiomes, tumeurs épiphysaires, angiomes et, plus rarement, d'autres seront ainsi diagnostiquées.

Enfin, le déplacement des calcifications physiologiques de l'épiphyse permettra indirectement d'affirmer l'existence d'une tumeur.

C. — L'encéphalographie gazeuse.

1° Rappel.

Exécutée pour la première fois par Dandy en 1919, elle a permis une véritable radiographie du cerveau.

La technique primitive consiste à injecter de 60 à 100 cm^3 d'air par voie lombaire après avoir retiré une quantité équivalente de liquide céphalo-rachidien. Ce procédé, un peu brutal, non dépourvu de suites pénibles, cède actuellement le pas à l'encéphalographie gazeuse fractionnée (Robertson, Lindgren).

La quantité de gaz injectée n'est que de 15 à 20 cm^3 au maximum; elle est donc mieux supportée pendant et après l'examen, les troubles secondaires devenant plus brefs et légers. Mais son principal intérêt est de montrer, segment par segment, la morphologie cérébrale, en dirigeant la progression de l'air par des positions successives de la tête.

Une technique rigoureuse donne des images précises des contours du cerveau, des systèmes ventriculaire et cisternal.

Les contre-indications sont celles de la ponction lombaire. Si l'on s'assure de l'absence d'une hypertension intracrânienne, il semble que les accidents graves soient pratiquement nuls.

2° Quand l'expert sera-t-il amené a demander une encéphalographie gazeuse ?

Toutes les indications psychiatriques de cet examen n'ont pas encore été précisées.

Cependant, deux circonstances principales doivent être retenues :

— Lorsque l'expert craindra chez l'inculpé un processus d'atrophie corticale ou sous-corticale, le début d'une démence présénile par exemple.

— Lorsqu'il aura évoqué la possibilité d'une néoformation intracrânienne et que la radiographie simple ne l'aura pas confirmée ou n'aura pas donné d'indications assez précises.

3° Ce que l'encéphalographie gazeuse pourra montrer à l'expert.

a) Des clichés normaux : L'expert en conclura qu'il n'y a pas de processus atrophique de la substance cérébrale et qu'une néoformation intracrânienne est peu probable. Dans le cas où cette dernière possibilité aurait été évoquée par l'examen clinique, l'électroencéphalographie devrait être utilisée pour tenter de confirmer le diagnostic.

b) Une dilatation des sillons corticaux et des cavités ventriculaires et cisternales par atrophie de la substance cérébrale (maladies de Pick et d'Alzheimer).

c) Des dilatations isolées d'un segment du système ventriculaire : dilatation du troisième ventricule par atrophie des noyaux gris centraux; dilatation de la corne temporale du ventricule latéral par atrophie temporale.

d) Des déformations des citernes et des ventricules qui peuvent être aplatis ou refoulés par le voisinage d'une néoformation intracrânienne (tumeurs frontales, du corps calleux, ou de la fosse postérieure).

e) Un défaut d'injection du système ventriculaire : parfois dû à une erreur de technique, il peut être aussi causé par une obstruction ou un processus tumoral. Les images cisternographiques pourront parfois être assez démonstratives pour aider au diagnostic.

D. — L'artériographie carotidienne.

1° Rappel.

Décrite par Moniz en 1927, sa pratique est devenue aussi courante que celle de l'encéphalographie gazeuse.

Elle consiste à injecter des substances iodées dans la carotide primitive ou dans sa branche interne, soit par voie percutanée, soit après dénudation. On obtiendra ainsi le dessin des systèmes artériel et veineux en deux temps successifs.

Cette épreuve est moins bénigne que la précédente. Elle est contre-indiquée chez les sujets atteints d'insuffisance hépato-rénale grave et ceux qui sont atteints d'intolérance à l'iode. De plus, on a rapporté plusieurs cas d'hémiplégies consécutives, parfois transitoires, mais qui ont pu, très rarement, entraîner la mort. Ces accidents doivent être exceptionnels moyennant quelques précautions et une grande rigueur de technique.

Torkildsen, publiant une statistique de 2.000 artériographies, déclare n'avoir observé aucun accident.

2° Quand l'expert sera-t-il amené a demander une artériographie carotidienne ? -

L'expert aura intérêt à s'en tenir prudemment à des indications très précises :

— lorsqu'il supposera l'existence d'une malformation vasculaire (anévrisme ou angiome);
— lorsqu'il craindra l'existence d'un hématome sous-dural;
— lorsqu'il voudra confirmer un diagnostic de néoformation intracrânienne après l'échec ou l'insuffisance de l'encéphalographie gazeuse qu'il a demandée auparavant.

3° Ce que l'artériographie pourra montrer a l'expert.

a) Des clichés normaux : il pourra conclure à l'absence de malformation vasculaire ou d'hématome.

Mais, pas plus que pour l'encéphalographie gazeuse, il ne pourra infirmer de manière absolue le diagnostic de néoformation intracrânienne.

b) Le déplacement pathologique des images vasculaires.

Très caractéristique dans les hématomes extraduraux et sous-duraux, mais d'interprétation plus délicate dans les tumeurs cérébrales, qui doivent avoir un siège privilégié ou un volume important pour être aisément décelables.

L'ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

I. — *Historique.*

On peut la définir comme une méthode de laboratoire permettant de recueillir, d'amplifier et d'enregistrer l'activité électrique du cerveau.

C'est au physiologiste anglais Caton qu'on doit la découverte de l'électricité cérébrale (1875), sous ses deux formes :

— activité spontanée, ou de repos, à caractère rythmique;

— activité provoquée, apparaissant par stimulation des organes sensoriels périphériques. Les résultats trouvés, puis longuement contrôlés, sur le singe et le lapin, furent publiés sans grand retentissement. L'expérimentation, poursuivie par plusieurs chercheurs sur l'animal, ne fut exécutée sur l'homme que beaucoup plus tard.

C'est en 1924 que Hans Berger utilisa, le premier, cette méthode en clinique, en obtenant, selon ses propres termes, « des variations permanentes de potentiel avec des électrodes impolarisables appliquées sur une lacune crânienne chez un jeune homme ayant subi une grosse trépanation décompressive ». Ces variations pouvaient également être enregistrées à la surface du crâne intact. Cet auteur publia sa découverte en 1929, et proposa le nom d'électroencéphalogrammes pour les tracés ainsi recueillis.

Adrian, en 1934, apportait une confirmation aux travaux de Berger; mais, en comparant deux tracés électriques

identiques, l'un relevé sur son propre cerveau, l'autre sur le ganglion optique d'un dytique, il montra que la nouvelle méthode ne saurait être utilisée à des fins psychométriques.

De grands progrès furent réalisés dans les domaines de l'amplification des tensions et de l'inscription des tracés : l'électroencéphalographie clinique put ainsi se développer. De multiples travaux, entrepris en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, en France, précisèrent l'intérêt de cette technique en pathologie mentale et nerveuse.

Dans notre pays, les recherches poursuivies par Beaudouin, Fishgold, Rémond, Guillain, Bertrand, Delay et de nombreux autres auteurs furent ralenties du fait de la guerre.

C'est en Angleterre et en Amérique que s'épanouira cette méthode et que seront définies ses indications dans l'épilepsie (Gibbs, Jasper), les traumatismes crâniens (Kershman et Evlidge, Jasper), les affections psychiatriques (Hill). De plus, Grey-Walter mit au point la polyélectroencéphalographie systématique et l'analyseur automatique.

Ainsi prit fin ce que Delay appelle « la période historique ». Depuis 1945, les progrès de l'enregistrement, la multiplicité des travaux, la confrontation des résultats, permettent une étude critique de l'électroencéphalographie et en font une méthode de pratique courante.

II. — *L'apport de l'électroencéphalographie à la clinique.*

Pour demeurer dans une perspective médico-légale, il nous semble utile, en ce bref rappel, de distinguer parmi les innombrables travaux :

— les acquisitions admises par tous, celles qui ont reçu de la recherche et d'un usage suffisants une incontestable validation;

— et les données d'expérimentations plus récentes, objets de discussion pour les spécialistes, ou qui n'ont pas encore été consacrées par une pratique étendue.

A. — Acquisitions incontestables.

1° Le domaine de l'épilepsie.

De toutes les affections psychiatriques, c'est, selon l'avis général, la maladie épileptique qui a tiré le plus grand bénéfice de l'électroencéphalographie.

L'examen des tracés de comitiaux cliniquement avérés a permis de définir les critères électriques de cette maladie dans ses formes cliniques. Mais l'intérêt majeur de la méthode est d'avoir montré l'analogie entre les tracés d'épileptiques connus et ceux de malades atteints de troubles divers, auparavant difficiles à identifier.

Ainsi a-t-on pu définir, avec plus de précisions, l'immense domaine de l'épilepsie en y rapportant, grâce à la spécificité des anomalies électriques :

— des hallucinations paroxystiques;

— des troubles de la conscience : sentiment d'étrangeté, de déjà vu, pensée forcée, « dreamy state » de Jackson;

— des actes automatiques, brutalement impulsifs, généralement — mais non toujours — amnésiques (épilepsie procursive ou fugues, somnanbulisme, manifestations agressives ou antisociales se produisant au cours d'états seconds);

— des paroxysmes à symptomatologie psychiatrique revêtant généralement le tableau de la confusion mentale.

La totalité de ces troubles de la conscience et grand nombre des automatismes psychomoteurs ont été inclus dans ce qu'on appelle l'épilepsie temporale, car les anomalies électriques sont relevées au niveau de la région temporale de l'hémisphère cérébral (Hill, Pallas, Gastaut).

Bien plus, on a pu rapporter à cette forme localisée des troubles mentaux permanents et de tous ordres s'exprimant avec plus ou moins d'intensité, associés ou non à des accidents psycho-moteurs. La fréquence de ces troubles mentaux est grande : 75 % des épileptiques « temporaux » de

Gibbs et 80 % de ceux de Faure ont des troubles mentaux divers; chez 100 épileptiques « temporaux » observés par H. et Y. Gastaut, 52 présentaient des troubles mentaux variés où l'impulsivité et la persévération étaient les notes dominantes.

2° Les néoformations intracraniennes.

Nous grouperons, sous cette dénomination, toutes les tumeurs cérébrales, qu'elles soient, cas le plus fréquent, néoplasiques (malignes ou « bénignes ») ou sanguines (hématomes), vasculaires (angiomes, anévrysmes), infectieuses (abcès), parasitaires (kystes hydatiques, mycoses, toxoplasmoses).

La symptomatologie psychiatrique de ces tumeurs est fréquente, comme le rappelaient Delay, Verdeaux et Marty, dans une revue d'ensemble des travaux consacrés à ce sujet

Toute tumeur — elle-même électriquement muette (Grey-Walter) — irrite les tissus voisins, provoquant à leur niveau des perturbations qui vont se projeter sur les dérivations correspondantes du tracé. On obtient ainsi des anomalies typiques dont l'intérêt est capital pour le diagnostic de tumeur du crâne, et plus particulièrement :

— dans les formes où les troubles mentaux sont prodromiques (avant tout, signe neurologique ou d'hypertension intracrânienne);

— dans les formes où, les signes neurologiques du début ayant disparu, l'évolution prend un masque purement psychiatrique;

— dans les formes mentales évoluant jusqu'à la fin, sans sémiologie nerveuse.

Les données de l'électroencéphalographie sont indépendantes de la nature de la tumeur et des symptômes cliniques qu'elle occasionne.

Les possibilités de diagnostic précoce d'une néoformation dépendent, dans une large mesure, de leur siège :

— Les tumeurs des hémisphères et de la fosse postérieure donnent les accidents les plus typiques, bien localisés, et des rythmes anormaux à distance exprimant la souffrance cérébrale.

— Les tumeurs de la base et de la partie inférieure des faces internes des hémisphères donnent moins constamment des anomalies typiques (Cappevielle-Arfeld). Leur diagnostic nécessite des montages de choix et une interprétation délicate des tracés obtenus.

De plus, les néoformations se développant insidieusement, telles que les méningiomes peuvent évoluer sans donner d'anomalies typiques, alors qu'elles causent déjà des troubles du comportement.

3° Les traumatismes craniens.

Dans 70 % des cas, un examen pratiqué, pendant les quinze jours suivant l'accident, montre des anomalies en foyer. Ces altérations sont régressives à mesure qu'on s'éloigne de l'époque du traumatisme.

La persistance ou la réapparition de signes typiques accompagne généralement une épilepsie traumatique — d'apparition relativement rare — mais importante à confirmer par l'électroencéphalographie, car elle peut s'exprimer sous des formes larvées.

Le syndrome subjectif des traumatisés du crâne donne souvent des dysrythmies de basse amplitude, mais Puech, Fishgold, G. et J. Verdeaux ont constaté la même proportion d'anomalies (50 %) chez les post-traumatiques présentant un syndrome subjectif et chez ceux qui n'accusent pas de troubles.

4° Les états confusionnels.

Quelle que soit leur étiologie, ils se manifestent sur les tracés par un rythme évoquant celui de l'homme dormant d'un sommeil naturel.

B. — Recherches en cours.

1° Les grands syndromes psychiatriques.

La clinique mentale est un des domaines les plus largement ouverts aux chercheurs. Dès le début de l'expérimentation en pathologie humaine, l'électroencéphalographie avait causé des déceptions en ne montrant pas de corrélation nette entre ses données et les cadres de la nosographie classique. Et l'un des savants qui s'est attaché le plus profondément à cette question, D. Hill, écrivait, en 1950 : « La majorité des malades mentaux ont des tracés normaux. Un certain nombre ont des anomalies minimes. Une très petite minorité ont des anomalies considérables. »

En réalité, il semble que les progrès aient été freinés par la variabilité des critères électriques d'anormalité et par l'attitude nosologique trop stricte de nombreux auteurs. La perspective « dynamique », adoptée dans la plupart des expérimentations récentes, permet d'espérer une contribution plus substantielle de l'électroencéphalographie à la clinique psychiatrique.

Pour citer un exemple de l'impossibilité actuelle d'utiliser les tracés pour le diagnostic des syndromes psychiatriques, dans la schizophrénie, selon Tchougonov, l'absence de synchronisation entre les deux hémisphères serait pathognomonique; pour Gastaut, on trouverait fréquemment un tracé plat de bas voltage; Mac Mahon et Walter ont décrit des anomalies du rythme alpha dans sa résistance à la réaction d'arrêt.

A l'heure actuelle, l'accord n'est fait que sur un seul point : il y a un nombre plus grand d'anomalies sur les tracés des schizophrènes que sur ceux des sujets de contrôle.

Dans les états d'arriération mentale et de démence, dans la psychose maniaque-dépressive, dans les délires chroniques, on n'a pu relever aucune altération des tracés pouvant concourir au diagnostic. Seule la confusion mentale, comme il a été mentionné plus haut, fait exception.

2° Déséquilibration et névrose.

Ce groupe d'états pathologiques mineurs aux limites imprécises a été l'objet de multiples travaux qu'il ne saurait être question d'exposer ici.

On peut, semble-t-il, en retenir deux notions intéressantes :

— Les états où domine l'anxiété s'accompagnent très fréquemment de rythmes rapides et de faible amplitude. La fréquence des tracés d'une population normale est de 10,6 cycles par seconde en moyenne, alors que pour un groupe de névrotiques, elle s'élève à 11,2 (Brazier et coll.). Faure trouve cette activité électrique anormalement rapide chez 45 % de ses sujets atteints de névroses.

— Les troubles du comportement, où domine l'agressivité, donnent fréquemment des tracés à rythmes plus lents que la normale, évoquant ceux qu'on recueille chez les individus jeunes, ce qui a conduit Hill à décrire une immaturité électrique du cerveau.

3° L'épileptoïdie.

On groupe, sous ce nom, un certain nombre d'anomalies caractérielles : instabilité de l'humeur, irritabilité, impulsivité, agressivité avec fréquence des conduites antisociales. Les sujets qui présentent ces signes possèdent souvent une constitution typologique « athlétoïde ». On tente de chercher des relations entre les tracés de ces sujets et ceux des épileptiques. Il ne semble pas que, à l'heure actuelle, ces travaux aient abouti à des notions diagnostiques sûres.

En conclusion, pour emprunter les termes de Planques et Grèzes-Rueff : « Aucune maladie mentale ne donne de signes par elle-même, mais seulement dans la mesure où elle est liée :

» — à la destruction d'une partie du cerveau, ou à la diminution de sa vitalité;

» — à des décharges neuroniques épileptiques;
» — à un trouble de la vigilance;
» — à un état d'esprit : anxiété, émotivité, indifférence. »

III. — *L'expert devant l'électroencéphalographie.*

A. — Quand l'expert sera-t-il amené à demander un électroencéphalogramme ?

Dans l'état actuel de l'expertise psychiatrique, tous les auteurs conviennent qu'il est impossible de demander un tel examen pour tous les inculpés.

Mais il semble que l'accord se fasse pour l'exiger, dans la mesure du possible :

a) Chaque fois que l'épilepsie est alléguée pour expliquer un comportement antisocial : aucune preuve n'étant négligeable en médecine légale.

b) Chaque fois que l'anamnèse ou la clinique mettent en évidence des signes mentaux ou des troubles neurologiques pouvant faire supposer la comitialité, même « larvée ».

Ainsi seront : la notion de convulsions infantiles, de manifestations épileptiformes, de paroxysmes psycho-sensoriels; les antécédents héréditaires et collatéraux proches d'épilepsie; le caractère brutal et immotivé du délit; la connaissance de troubles du caractère et de la conduite analogues à ceux décrits sous le nom d'« état mental permanent des épileptiques »; la découverte d'une hyperexcitabilité nerveuse nette dans les domaines somatique et végétatif.

c) Chaque fois que l'expert supposera l'existence d'une néoformation intracrânienne. L'électroencéphalographie pourra l'objectiver, évitant de recourir à des méthodes radiologiques avec préparation.

d) Chaque fois que l'expert aura la notion, dans le passé de l'inculpé, d'une atteinte encéphalitique posant la question d'une perversion consécutive ou d'un traumatisme crânien dont les troubles du « syndrome subjectif » peuvent être invoqués comme excuse à un fait délictueux.

Ainsi se trouverait réalisé le souhait de Deniker, pour qui le recours à l'électroencéphalographie doit être envisagé dans tous les cas où « il est possible d'établir une relation objective entre un acte punissable et un état de souffrance cérébrale ».

B. — Principes d'utilisation de l'électroencéphalographie dans l'expertise.

Ils ont été énoncés par Planques et Grèzes-Rueff. Ils sont importants à préciser, car l'utilisation médico-légale de la méthode obéit à des principes plus stricts qu'en pratique courante.

a) Plus encore qu'en clinique, une haute valeur du technicien est requise : on lui demandera une bonne formation médicale, un contact permanent avec les cliniciens d'un centre hospitalier ou universitaire.

Il devra être entouré d'assistants qualifiés et n'employer qu'un outillage parfait. Ainsi seront garanties les conditions de recueil d'un tracé : un sujet consentant, en repos, surveillé pendant toute la durée de l'enregistrement, l'absence d'artefacts, et l'exécution correcte des méthodes d'activation.

b) L'électroencéphalographiste ne peut laisser sa conclusion en suspens. Il doit « énoncer, une fois pour toutes (même quand il a pratiqué plusieurs examens successifs de contrôle), un résultat net, fondé sur une interprétation universellement admise et contrôlable par d'autres », en précisant la technique employée.

c) « L'électroencéphalographie médico-légale ne saurait être d'avant-garde » et ne doit pas utiliser les données d'une expérimentation effectuée sur le seul animal ou insuffisamment éprouvée chez l'homme.

d) Néanmoins, le technicien ne négligera « aucun effort pour faire surgir une réalité peu apparente », mais ne pous-

sera l'exploration que s'il peut comparer ses résultats à ceux fournis par une large population de contrôle, et en n'utilisant que les méthodes d'activation éprouvées et validées.

e) Le médecin expert devra, lui-même, être au courant des possibilités, des limites et des progrès de cette méthode ; ainsi, les données électroencéphalographiques pourront-elles être solidement intégrées à celles de la clinique, confrontées, contrôlées les unes par les autres, le clinicien se chargeant d'une conclusion de synthèse.

IV. — *Ce que l'électroencéphalographie pourra apporter à l'expert.*

Dès le début de l'électroencéphalographie clinique, les auteurs ont tenté de décrire les critères de la normalité électrique, retrouvés sur les tracés d'hommes sains, comme ils avaient décrit les critères pathologiques d'après les anomalies graphiques de malades connus.

A l'usage, ces notions de normalité et d'anormalité se sont révélées trop strictes, car il n'existe pas de limite nette entre les tracés d'une population apparemment saine et ceux d'un groupe de sujets atteints d'affections évidentes. Aussi, à côté de la notion d'électroencéphalogramme « normal », consacrée par l'usage, a-t-on pris l'habitude de diviser en deux le groupe des tracés « anormaux » :

— tracés franchement pathologiques;
— tracés à la limite du pathologique.

Les critères d'anormalité électrique les plus utilisés sont ceux de Gibbs et surtout ceux qui ont été adoptés conventionnellement par la Société d'électroencéphalographie de Grande-Bretagne, en 1944.

Ces derniers, trop connus pour être rappelés ici, présentent, aux yeux du clinicien et de l'expert, l'inconvénient

d'être très techniques. De plus, ils ne distinguent pas les anomalies majeures des modifications moins accusées qu'on ne peut toujours charger d'une signification pathologique.

Selon le souhait de la plupart des auteurs, en recevant un tracé et son compte rendu, l'expert devra se trouver devant trois éventualités nettes :

— un tracé « normal »;
— un tracé « anormal »;
— un tracé « à la limite ».

A. — Tracés normaux.

1° Critères.

Le tracé normal est classiquement, celui qui répond aux conditions suivantes :

a) Sur un adulte éveillé, en repos physique et sensoriel complet, non drogué, il montre :

— dans les régions rolandiques, le rythme alpha, dont la fréquence se situe entre 8 et 13 cycles par seconde et l'amplitude entre 10 et 60 microvolts, croissant et décroissant de façon progressive pour former des fuseaux réguliers;

— dans les régions rolandiques, le rythme bêta prédominant, rythme dont la fréquence est supérieure à 13 cycles par seconde, l'amplitude faible (10 microvolts) et l'aspect irrégulier;

— de plus, assez fréquemment, dans les régions temporales, le rythme thêta, plus lent (4 à 7 cycles par seconde), d'une amplitude de 10 à 60 microvolts. Son apparition erratique, irrégulière, est seule considérée comme normale.

b) Le tracé ne doit présenter, en aucun cas, d'accident paroxystique.

c) L'activité visuelle, déclenchée par ouverture des yeux, provoque la réaction d'arrêt : suppression du rythme alpha et apparition de fréquences rapides dans la région pariéto-occipitale.

d) Les activations (stroboscopie et hyperpnée modérée) n'entraînent pas l'apparition d'accidents paroxystiques.

2° Données récentes.

D'après les travaux récents, ces critères doivent être élargis. Fishgold, dont l'autorité est indiscutée, écrit : « Certains sujets n'ont pas, au moment de l'examen, de rythme alpha : ce n'est pas un signe électrique d'anomalie, ce sont des sujets « sans alpha ».

D'autre part, Delay et G. et J. Verdeaux ont montré que la fatigue modifiait l'électroencéphalogramme des sujets normaux. J. Faure a étudié l'influence sur les tracés de l'état endocrinien. De même, l'attitude psychologique a une action certaine.

Plus ces circonstances entrent en jeu, plus on a de chances de voir apparaître, au détriment du rythme alpha, des fréquences plus rapides ou plus lentes. Toutes ces causes de variations ne pouvant être systématiquement évitées, l'expert sera tenu de ne pas accorder à leur effet de valeur pathologique.

3° Interprétation de ce résultat.

a) Il faut tout d'abord insister sur un fait capital : un tracé normal n'implique pas que le sujet soit normal. La plupart des maladies mentales, nombre de dysfonctionnements du système nerveux et d'atteintes organiques de l'encéphale, évoluent sans modification de l'électroencéphalogramme.

b) Cependant, si l'épilepsie était, soit alléguée, soit supposée d'après la clinique et l'examen du dossier, un tracé

sans aucune anomalie au repos et lors des activations validées par l'usage est fortement en faveur d'une absence de comitialité.

Mais il importe de se rappeler que certains épileptiques cliniques ont un tracé normal. Et ceci avec d'autant plus de chances que leur mal s'est déclaré à un âge plus avancé, qu'il affecte la forme psycho-motrice, qu'il occasionne moins de crises, qu'il a été davantage traité et aussi que la prise de l'électroencéphalogramme est plus éloignée d'un accident.

La solution idéale serait de multiplier les examens. Bien souvent, l'expert sera amené à redemander un tracé quinze jours ou un mois après si les présomptions cliniques sont fortes.

e) Dans le cas où l'expert aurait émis l'hypothèse d'une tumeur crânienne, un tracé négatif rend son existence peu probable; des réserves doivent être faites sur la possibilité d'un méningiome ou d'une tumeur profondément située. Il lui restera alors le recours à la pneumographie.

En conclusion, on peut dire que le caractère normal d'un électroencéphalogramme, s'il peut servir à enlever beaucoup de probabilités à certaines hypothèses précises, n'apporte aucune certitude sur l'intégrité du système nerveux et de l'état mental.

B. — Tracés franchement anormaux.

1° Critères.

On ne classera, dans ce groupe, que ceux qui présentent des anomalies majeures, encore appelés « accidents typiques ». Il semble, dans l'état actuel de la question, que l'on doive en retenir cinq :

a) La pointe : c'est un accident paroxystique dont l'amplitude est supérieure de 50 % au moins à l'amplitude

moyenne du rythme de base. Elle peut apparaître isolément ou en « bouffée ».

b) Le complexe « pointe-onde » : c'est une pointe suivie d'une onde lente.

La pointe et la pointe-onde signent toujours une grosse irritation cérébrale. La pointe est caractéristique de l'épilepsie. La pointe-onde indique un état de souffrance du cerveau, avec support organique (tumeur calcifiée, angiome) ou sans support (épilepsie focalisée ou localisée).

Si les complexes « pointe-onde » surviennent par bouffées synchrones bilatérales, au rythme de 3 à 5 cycles par seconde environ, ils sont pathognomoniques du petit mal psychomoteur.

c) La fréquence « thêta rythmique » : on nomme ainsi un rythme de la bande thêta de fréquence fixe constituant soit le fond du tracé, soit des bouffées paroxystiques le plus souvent au niveau des régions temporales. Cette anomalie est caractéristique de l'épilepsie.

d) Les ondes de la fréquence delta : elles se présentent sous trois formes :

— Le « delta monomorphe » (aussi appelé grandes ondes lentes sinusoïdales monorythmiques), ondes de 3 à 5 cycles par seconde, de haute amplitude, accompagnant les absences épileptiques.

— Le rythme delta pur survenant sur une surface restreinte, signant une tumeur cérébrale.

— Le « delta polymorphe », d'une fréquence de 0,5 à 3 cycles par seconde, toujours anormal, sauf pendant le sommeil. Sa signification est différente selon qu'il constitue le fond du tracé sans aucun accident (confusion mentale) ou avec des anomalies paroxystiques (épilepsie de structure morphéique de Delmas-Marsalet) ou bien qu'il apparaît en « secteur isolé » avec fréquemment des ondes thêta et bêta superposées (tumeurs cérébrales).

e) La zone de « silence électrique », entourée d'accidents paroxystiques : c'est ce qu'on note au niveau des abcès frais, des hématomes récents et des tumeurs liquidiennes.

2° Interprétation des résultats.

En limitant ainsi les critères d'anormalité franche, on a pu dire que, toutes causes d'erreurs techniques éliminées, les tracés faussement pathologiques sont très rares.

Cependant, Williams et Hill trouvent l'un et l'autre, pour une population considérée comme normale, 10 % de tracés anormaux. Gibbs, dont les critères sont stricts, découvre des pointes et des accidents paroxystiques chez 0,9 % des gens normaux.

D'autre part, il semble, d'après des travaux récents (Dinant), qu'il ne faille pas retenir comme anomalie majeure l'apparition erratique du rythme delta à l'activité de veille.

Il résulte de ces recherches que l'expert, plus encore que le clinicien, aura intérêt à n'attacher de valeur probante qu'aux anomalies nettes, répétées, en bouffées synchrones, et aux accidents d'amplitude élevée.

Toutes ces précautions étant prises, l'expert se trouvera devant une des trois éventualités suivantes :

a) Les données électroencéphalographiques confirment celles de la clinique et de l'anamnèse :

La contribution ainsi apportée permet à l'expert d'affirmer avec beaucoup plus de force la réalité du trouble.

b) Les données électroencéphalographiques sont dans le même sens que les présomptions fournies par la clinique et l'anamnèse.

Ici encore, des examens de contrôle sont à conseiller, ainsi que le recours, dans la mesure du possible, à des investigations supplémentaires. Si leur résultat n'apporte pas de contribution décisive, l'expert pourra conclure à l'existence quasi certaine de l'état pathologique, tout en spécifiant que certaines réserves s'imposent.

c) Les données électroencéphalographiques sont en contradiction avec celles de la clinique.

Dans le cas où le tracé serait formellement celui d'une épilepsie, il faudrait en demander un second pour contrôler ce résultat. Toutefois, l'anormalité du tracé pourra persister. L'hérédité semble pouvoir être évoquée pour expliquer de telles anomalies.

Dans l'état actuel des choses, il apparaît que l'expert aura intérêt, tout en émettant des réserves, à s'abstenir d'une conclusion formelle sur la vue d'un tracé pathologique sans présomption clinique.

Dans le cas où la probabilité d'une tumeur cérébrale ou toute autre lésion de l'encéphale serait affirmée par le tracé, l'expert devra multiplier les examens, faire appel aux techniques radiologiques, qui, bien souvent, permettront d'affirmer la lésion.

C. — Tracés à la limite.

1° Critères.

Ce sont eux qui présentent :

a) Les accidents dits mineurs. Ils sont au nombre de deux :

— l'onde à pente raide (ou « sharp »);

— les ondes complexes polyrythmiques, dont le fond est généralement de la bande thêta.

b) Des dysrythmies de base : on note sur les tracés une absence de rythme fondamental, ceux-ci étant essentiellement constitués par un mélange de plusieurs rythmes (alpha, bêta, thêta), sur lequel surviennent, de loin en loin, des anomalies mineures isolées.

c) L'absence de réaction d'arrêt.

d) Un rythme dominant de moins de 8 cycles par seconde.

Il nous semble utile de rappeler ici l'évolution des tracés selon l'âge. Le rythme de base, en effet, s'accélère au fur

et à mesure de la croissance. Chez l'enfant, il est lent et ample (delta et thêta), puis le type alpha s'étend progressivement à partir des aires occipitales vers le pôle antérieur du cerveau. A l'âge de 19 ans, autour duquel s'établit la maturité électrique, le rythme alpha doit être trouvé dans les régions frontales, le rythme thêta n'apparaissant plus que dans les régions temporales.

2° Interprétation des résultats.

La persistance anormale du rythme thêta chez l'adulte a permis à Hill de bâtir une théorie sur l'immaturité électrique du cerveau, qui accompagnerait maints troubles du comportement avec conduites antisociales.

D'autres travaux (Hill, Silvermann), confirmés dans une certaine mesure par Gibbs, montrent la fréquence des anomalies électroencéphalographiques chez divers groupes de délinquants.

Mais deux travaux français, ceux de Ciamin, sous la direction de Gastaut, et ceux de Dinant, montraient que ces anomalies mineures étaient fréquentes chez les pilotes de l'aviation embarquée et chez un groupe de deux cents jeunes recrues reconnues aptes au service par le conseil de révision et la visite d'incorporation.

Ces anomalies sont le signe d'un mauvais fonctionnement de l'encéphale, mais ne peuvent être prises en considération que dans les cas où on aura la notion, par exemple, d'une atteinte encéphalitique ou d'un traumatisme crânien. Ce dysfonctionnement objectivera un état de souffrance cérébrale pouvant déterminer de l'agressivité ou gêner le contrôle de celle-ci.

Mais il paraît osé, à l'heure actuelle, d'appliquer au diagnostic d'un cas précis des données statistiques fournies par l'étude des tracés de délinquants. Il serait encore plus imprudent d'utiliser, pour entraîner au procès pénal une atténuation de la responsabilité, des signes graphiques communs à nombre de délinquants et à des groupes d'hommes qui n'ont rien de pathologique.

LES TESTS MENTAUX

I. — *Introduction.*

Historique.

Issue des travaux de laboratoires de psychologie, la méthode des tests ne s'est implantée que lentement en pratique médicale.

Le terme de test mental, créé par le psychologue américain Cattel (1890), désignait, à l'origine, des épreuves psychophysiologiques peu orientées vers une application clinique. Les tests mentaux ne prirent cette voie qu'avec la collaboration d'un psychologue, Binet, et d'un médecin, Simon. Ils publièrent, en 1905, leurs *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux*.

Mais la psychométrie clinique, après avoir vu le jour en France, ne se développa guère. Les auteurs de langue anglaise, dont la contribution est capitale, cherchèrent, avant tout, les applications scolaires et professionnelles de la nouvelle méthode.

Dans les pays latins, le mouvement d'intérêt fut moins vif, et l'on doit arriver en 1917 pour que les tests mentaux s'imposent enfin à l'attention générale; ils permirent alors, avec succès, le recrutement rapide des cadres de l'armée américaine dépourvue de réservistes. On peut dire que cette date donne sa consécration à la méthode.

Désormais, celle-ci prend un nouvel essor dans ses orientations technique et psychométrique. Elle s'enrichit, à partir de la publication du psycho-diagnostic de Rorschach (1921), de nouveaux procédés permettant d'explorer l'affectivité et la volition.

Entre les deux guerres, plus encore depuis la dernière, les cliniciens s'intéressent davantage aux tests mentaux. Pendant longtemps, ils n'ont utilisé leurs possibilités que dans le domaine de la psychométrie. Actuellement, et de plus en plus, on reconnaît leur contribution à la psychologie pathologique et au diagnostic des affections mentales.

Définition.

L'extension prise par les tests mentaux les rend difficiles à définir. L'auteur français le plus autorisé, Pichot, écrit dans l'ouvrage d'ensemble qu'il leur a consacré : « On appelle test mental une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement. »

Comme le fait remarquer Pichot, on peut proposer de multiples classifications des tests mentaux : « Pour notre part, dit-il, nous préférons une classification fonctionnelle :

» *Tests d'efficience :* Ces tests étudient les aspects cognitifs de la personnalité (intelligence, aptitudes, connaissances).

» *Tests de personnalité :* Ces tests explorent les intérêts, le caractère, l'affectivité, c'est-à-dire les aspects conatifs et affectifs. »

C'est cette division que nous adopterons comme la plus conforme à l'usage médical.

II. — *Les tests d'efficience.*

1° Rappel.

On distingue trois catégories de tests d'efficience :

— les tests d'intelligence;
— les tests d'aptitudes;
— les tests de connaissances.

Les premiers, surtout, sont utilisés en clinique. Seules les épreuves individuelles nous intéressent ici; nous n'en retiendrons que les échelles d'intelligence, les tests non verbaux étant plus spécialement utilisables pour l'enfant et l'adolescent.

Mais, parmi les tests d'aptitudes, certains se sont révélés efficaces dans l'appréciation de l'intelligence : ainsi, le test « Progressive Matrices », que nous placerons donc à côté des échelles d'intelligence.

Quant aux tests de connaissances, annexés aux disciplines pédagogiques, ils ne sont guère utiles à la pratique médicale.

Nous ne tiendrons pas compte enfin, dans cet exposé, des données de l'analyse factorielle; peu accessibles au clinicien, elles quittent lentement les domaines de la spéculation et de la recherche.

2° Les techniques.

a) *Les Echelles d'intelligence du type Binet-Simon.* — L'Echelle de Binet-Simon (1911) a donné naissance à deux épreuves répandues dans le monde entier : La Révision Stanford (Terman) et la Nouvelle Révision Stanford (Terman-Merill).

Ces dernières ont, dans notre pays, supplanté l'échelle primitive : leur emploi y est généralisé, bien qu'elles n'aient jamais été étalonnées sur une population française.

Toutes ces épreuves, notées en âge mental et en quotient intellectuel, donnent satisfaction chez les sujets d'âge scolaire, mais leur emploi, pour l'adulte, est critiquable.

En effet, la notation par âge mental perd progressivement sa valeur, car « la croissance mentale se ralentit vers 15, 16 ans », et « qu'à partir de 20, 25 ans, il y a un déclin lent, mais constant (du niveau intellectuel) » (Pichot). Ce dernier auteur estime qu'un seul test est vraiment bien adapté à l'appréciation de l'intelligence chez l'adulte : c'est l'Echelle de Wechsler-Bellevue.

b) *L'Echelle d'intelligence de Wechsler-Bellevue.* — Son usage, considérable aux Etats-Unis, se répand de plus en plus en France où des travaux lui ont été consacrés, notamment par Delay, Pichot et Perse.

Les notes obtenues aux onze tests qui la composent sont corrigées en fonction de l'âge chronologique du sujet et ces épreuves sont assez variées pour qu'on puisse calculer deux coefficients intellectuels, l'un dit « verbal », l'autre dit « de performance ». Cette Echelle permet d'établir un « profil » psychologique et d'apprécier ainsi tant le degré d'une débilité que celui d'une détérioration mentale, certaines épreuves « tenant », d'autres ne « tenant pas », avec l'affaiblissement psychique (les tests dont le niveau se modifie le moins portent sur le vocabulaire, la compréhension et les connaissances courantes, alors que le déclin des tests de performance est plus précoce et plus important (Wechsler).

Il y aura donc, si l'on veut apprécier l'affaiblissement pathologique d'un adulte, à tenir compte de deux détériorations, l'une physiologique et l'autre surajoutée, tenant à un processus démentiel. L'index de Wechsler permet de faire la part des deux et de déceler un affaiblissement morbide à ses débuts.

c) *Les « Progressive Matrices » (Penrose et Raven).* — C'est un test, non verbal, composé de séries de problèmes explorant l'intelligence générale, mais doué d'un pouvoir discriminatif faible.

Ses avantages sont d'avoir été éprouvé sur une collectivité très importante (l'armée anglaise) et de se présenter au sujet comme un jeu. Couplé, avec un test qui tient (comme le vocabulaire de Binois-Pichot), il permet d'apprécier une détérioration mentale, même peu apparente.

Ce bref exposé, forcément incomplet, ne donne qu'une faible idée de la question. Toutefois, il semble, à l'heure actuelle, que si l'on veut s'en tenir aux faits solides, aisément applicables à la pratique courante de l'expertise, ces quelques épreuves soient les plus sûres.

III. — *Les tests de personnalité.*

1° Rappel.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, on range dans ce groupe tous les « tests psychologiques qui explorent les aspects conatifs et affectifs de la personnalité en laissant de côté la partie cognitive ».

Tous les tests mentaux sont évidemment des tests de personnalité, mais cette terminologie impropre est consacrée par l'usage.

Si les épreuves « psychométriques » ne sont gravement contestées par personne, car elles donnent — plus rapides, plus rigoureux, sans doute — les mêmes renseignements qu'une observation clinique prolongée, les tests de personnalité, dont les prétentions sont tout autres, posent de graves questions aux psychiatres.

C'est souvent d'un œil ironique que le clinicien français a vu naître et se développer, à l'étranger, une multitude d'épreuves inspirées de considérations théoriques, et dont la validation laissait par trop à désirer. Mais cette floraison un peu désordonnée a suscité, dans le monde entier, un regain d'intérêt pour la psychologie pathologique. Les recherches effectuées en clinique et au laboratoire se sont répandues, confrontées.

Il en résulte, dans le domaine de l'application pratique, bon nombre d'acquisitions. Et si les réserves, voire l'hostilité, de certains persistent, la plupart des psychiatres estiment utile de recourir aux tests de personnalité, à des fins diagnostiques ou psychothérapiques.

Mais des problèmes subsistent, nombreux; nous les exposerons chemin faisant, à propos des méthodes qui les soulèvent.

2° Les techniques.

Les tests de personnalité sont groupés en trois catégories :

— les questionnaires;
— les tests objectifs;
— les tests projectifs;

Ces trois modes d'investigation sont couramment utilisés en clinique. Nous les envisagerons successivement, car ils diffèrent trop pour faire l'objet d'une étude d'ensemble.

a) *Les questionnaires.* — Ce sont des techniques analytiques décelant, d'après les réponses purement verbales aux questions posées, les « traits psychologiques » d'une personnalité. Les résultats sont exprimés quantitativement, comme pour les tests d'efficience. Quand les tests mettent en évidence un seul « trait », ils sont dits uniphasiques. Quand ils sont destinés à explorer plusieurs « traits » de la personnalité, on les nomme : questionnaires multiphasiques.

Essentiellement étudiés aux Etats-Unis pour le dépistage des anormaux psychiques de nombreuses collectivités, leur type est le questionnaire de Woodworth, peu utilisé en France, sauf dans la version qu'en a donné Heuyer pour la psychiatrie infantile. Le « Cornell Index » est de même type.

Nous ne pouvons citer tous les questionnaires qui ont été proposés. La plupart, comme le test de discrimination éthique de Kohs, ou le test Tsedek de Baruk et Bachet, s'ils ont fait l'objet de travaux fructueux, n'ont pas été suffisamment expérimentés en clinique.

En revanche, l'intérêt des psychiatres et des criminologistes s'est concentré, depuis quelques années, sur l'Inventaire multiphasique de personnalité de Minnesota.

L'Inventaire de Minnesota est composé de neuf échelles principales explorant les tendances de sujets à l'hypocondrie, à la dépression, à l'hystérie, au déséquilibre avec « traits antisociaux », à l'homosexualité, à la paranoïa, à la psychasthénie, à la schizophrénie, à la manie.

De plus, plusieurs échelles supplémentaires permettent de contrôler si le sujet a bien compris ce qu'on lui demandait, s'il n'a pas, involontairement, sous-estimé ou surestimé ses tendances, ou s'il n'a pas tenté de les dissimuler.

On connaît les inconvénients que présentent les questionnaires : il leur est reproché d'être superficiels, de renseigner

sur la seule partie consciente de la personnalité, ou de ne révéler que ce que le sujet pense être.

Mais quand on compare le test de Minnesota aux autres questionnaires, ces défauts y paraissent extrêmement réduits : en effet, il utilise beaucoup de questions « masquées », dont on ne peut penser qu'elles sont en rapport avec la tendance recherchée. De plus, l'usage des échelles de contrôle réduit le plus possible les causes d'erreurs dues au sujet.

Selon l'avis de Delay, Pichot et leurs collaborateurs et de Gayral, qui l'ont beaucoup étudié, cet instrument encore perfectible, mais remarquablement validé de façon empirique, est utilisable avec profit par le médecin : il donne un « profil » graphique permettant une « description symptomatique de la psychologie du malade » (Pichot); de plus, il présente son maximum d'intérêt, selon Gayral, pour déceler les déviations psychopathiques dans les « cas-limites ».

Ajoutons que son emploi nécessite chez le sujet examiné un quotient intellectuel de 85 au moins.

Le test de Minnesota échappe donc, en très grande partie, aux critiques et à la méfiance qu'inspirent les questionnaires de personnalité. Les grandes difficultés du « truquage », sa remarquable validation, son orientation nosographique « classique », sa grande valeur dans le diagnostic des cas-limites, semblent des arguments de poids pour son utilisation dans l'expertise.

b) *Les techniques objectives.* — Ce sont des tests analytiques « de performance » dont le résultat est évalué de façon non à déceler l'efficience du sujet dans un domaine particulier, mais à mesurer un trait de personnalité (Pichot).

Ils sont extrêmement nombreux, mais n'ont guère retenu l'attention des psychiatres français. A l'étranger, en Angleterre, aux Etats-Unis, des travaux très poussés sont en cours pour préciser l'intérêt psychiatrique des données de ces épreuves. Un seul est utilisé couramment dans notre pays, c'est .

La version qualitative des labyrinthes de Porteus.

Créé pour évaluer l'intelligence des enfants, le test des labyrinthes révéla, au cours de sa validation, que ses résultats étaient en étroite relation avec les possibilités d'adaptation sociale.

L'application qualitative de cette épreuve, fondée sur les défauts du trait, décrite en 1942 par Porteus, a été poursuivie chez des populations de délinquants par son auteur, et, plus récemment en France, sur les détenus de Fresnes.

Cependant, si ce test est plus spécialement orienté vers les études criminologiques — prédiction du récidivisme notamment — que vers l'objet de l'expertise, il constitue pour celle-ci une acquisition d'appoint éprouvée, en objectivant un défaut des capacités d'adaptation.

c) *Les techniques projectives.* — On a pu écrire qu'il « n'était probablement pas de famille de tests dont la naissance et la croissance soient plus étroitement liées à la clinique psychiatrique que celles des tests projectifs » (Delay).

Aussi sont-ils de beaucoup les plus employés par le praticien. Mais leur interprétation repose souvent sur une conception psychanalytique du « moi », qui n'a pas encore reçu l'assentiment général : ils restent donc controversés, suscitant l'enthousiasme ou l'opposition.

Le terme de projection est dû à Freud : c'est un mécanisme de défense contre l'angoisse par lequel le sujet attribue, de manière inconsciente, ses tendances, désirs, sentiments à autrui ou au monde extérieur, pour se libérer de la tension psychologique que ces forces engendrent.

Le principe de la méthode sera d'offrir au sujet un stimulus tel que ses réponses soient le plus fortement chargées en projection de ces forces inconscientes.

Tous les tests projectifs sont utilisables par le psychiatre quand il recherche une explication « dynamique » à un syndrome mental ou quand il veut faciliter un abord psychothérapique. Mais l'expert ne peut retenir que les méthodes

les plus éprouvées. Exécutées avec la rigueur des vrais examens de laboratoire par un spécialiste averti, c'est alors qu'elles acquerront leur « valeur probante ».

Le test de Rorschach, constitué par dix planches représentant des taches d'encre, est de beaucoup le plus célèbre. Son emploi tient, dans le monde entier, le premier rang parmi les tests de personnalité : les psychiatres estiment, en effet, que c'est le plus riche de possibilités et qu'il jouit d'une validité générale élevée. Cette dernière serait améliorable encore si un étalonnage français était pratiqué (Pichot).

Le test Thématique d'Aperception (T.A.T. de Murray), dont les planches représentent des scènes diverses, tient la seconde place. Si sa validité, selon les spécialistes, est plus difficile à estimer que celle du test de Rorschach, l'étendue de son emploi et le nombre des travaux qui lui ont été consacrés lui confèrent une valeur empirique certaine.

Sont beaucoup moins utilisés, pour ne citer que les principaux :

— le test de frustration de Rozensweig, d'excellente validation, mais d'intérêt limité;

— le test de Szondi, dont l'emploi nécessite l'adoption des théories psychologiques de son auteur. Pichot a constaté la validité nulle de cette épreuve « par rapport à une description symptomatique clinique »;

— le test d'association de mots de Jung, la plus ancienne des techniques projectives;

— le « Village » d'Artus, la graphologie et maintes épreuves encore qui en sont au stade expérimental;

— enfin, certains tests d'enfants, comme le dessin, par exemple, qui sont parfois, malgré leur destination, étendus à la psychiatrie d'adultes.

Nous ne pouvons clore cette énumération, forcément incomplète, sans parler du psychodiagnostic myokinétique de Mira. Son fondement théorique est la « conception motrice de la conscience ». C'est un test « crayon papier », qui apprécie par les déviations involontaires du trait l'effet des intentions psychologiques sur la répartition du tonus musculaire.

Cette épreuve est susceptible de déceler l'agressivité et l'état dangereux (Mira, Gonzalès). Maintes études statistiques sur des populations de détenus ont confirmé l'intérêt criminologique du test. Récemment, Pichot et Deniker ont vérifié ses données sur les condamnés de Fresnes.

3° L'apport des tests de personnalité a la clinique.

Cette méthode est encore trop en évolution, son emploi n'est pas assez codifié ni généralisé pour que nous puissions distinguer, comme nous l'avons fait à propos de l'électroencéphalographie :

— les acquisitions incontestables;

— les données d'expérimentations en cours.

En effet, il apparaît que les tests de personnalité, dans tous les domaines de leur utilisation, sont encore l'objet de recherches et de perfectionnement. Dans aucun de ces domaines, on ne peut dire qu'ils aient atteint leur maturité. Cependant, l'assentiment du plus grand nombre envers ces procédés d'investigation leur confère une valeur indéniable.

Et si l'on s'en tient à ce qui intéresse notre sujet, quelques notions admises doivent être soulignées :

a) Ce n'est pas dans le diagnostic des syndromes psychotiques francs que les tests de personnalité peuvent être le plus utiles. La clinique, de l'avis général, y apporte une contribution supérieure, suffisante par elle-même.

b) Leur emploi tend à devenir indispensable pour le diagnostic des troubles que présentent les « déséquilibrés », les « personnalités psychopathiques » des Anglo-Saxons, toute cette foule de sujets à la limite du pathologique et que le clinicien hésite souvent à inclure dans un cadre nosologique précis.

c) Ils permettent, dans certains cas, de faire un diagnostic très précoce de plusieurs maladies mentales, en extériorisant des troubles qui n'ont pas encore de traduction sémiologique. Ainsi en est-il des psychonévroses et de la schizophrénie. Notons aussi l'importante contribution de la personnalité épileptique et, partant, au diagnostic des épilepsies « infracliniques » (Rorschach).

d) Leur contribution à la connaissance des états névrotiques et des psychonévroses est capitale. Ils peuvent permettre de faire le diagnostic de ceux-ci en cas de dissimulation ou de refus de l'entretien par le sujet.

e) Mais, en marge de cette contribution des tests de personnalité au diagnostic nosologique, il nous semble utile d'insister sur deux faits :

Les tests projectifs — en particulier celui de Rorschach — décrivent la structure de la personnalité en extériorisant « l'organisation des tendances, leurs forces et leurs intéractions ».

De plus, ils permettent — spécialement le T.A.T. de Murray — de découvrir les contenus dynamiques de la personnalité, ces forces inconscientes qui sous-tendent maintes conduites.

Ces tests offrent donc, en un raccourci précieux, des renseignements sur les complexes affectifs et les motivations profondes du comportement que l'abord psychanalytique ne dévoile que lentement. Ils ont ainsi apporté à la psychiatrie classique un enrichissement dont chacun, de plus en plus, convient.

IV. — *L'expert devant la méthode des tests.*

A. — Principes généraux d'utilisation médico-légale.

Bien que ces principes n'aient pas été précisés avec autant de soin pour la méthode des tests que pour l'électroencéphalographie, on peut affirmer qu'ils doivent présenter la même rigueur.

Les exigences de la médecine légale porteront, ici encore, sur la personnalité du psychologue, sur la nécessité de sa haute qualification et de l'exercice de son art en liaison avec des cliniciens.

Elles porteront également sur la validation suffisante des épreuves utilisées, qui doivent avoir donné lieu à des travaux étendus et reçu la consécration d'un large emploi. Elles tiendront à la netteté et à la prudence de ses comptes rendus, car l'usage des tests au cours de l'expertise ne saurait, lui non plus, être « d'avant-garde ».

Le médecin expert devra, lui-même, être familiarisé avec les épreuves psychologiques, afin de pouvoir apprécier leur apport au diagnostic et à la compréhension de la personnalité de l'inculpé.

Il aura le plus grand intérêt à se rappeler les limites de cette méthode, les difficultés de son application rigoureuse à la réalité clinique, les interprétations abusives qu'on en peut tirer au nom de principes plus philosophiques que médicaux. C'est alors seulement que les données des tests mentaux pourront être confrontées avec celles de l'observation médicale, les conclusions restant l'apanage du clinicien.

Mais, plus encore qu'à propos de l'électroencéphalographie, il nous semble indispensable d'insister sur les exigences tenant au sujet examiné. Il importe avant tout que celui-ci soit consentant. S'il ne répond pas aux questions avec la plus entière bonne foi, s'il veut « tricher », s'il est au courant des techniques subies, les possibilités de la méthode en seront affaiblies ou annulées. Il faut donc — et l'expert devra s'en assurer — que le prévenu examiné ne

soit pas conscient de la valeur psychométrique ou psychologique de ses réponses.

B. — Utilisation des tests d'intelligence.

1° Quand l'expert sera-t-il amené a demander des tests d'intelligence ?

Comme le rappelle Deniker, « rien n'est plus subjectif que l'impression clinique de débilité mentale ». D'autre part, chacun sait que les états démentiels au début laissent souvent une « façade », un « vernis » masquant le déclin du jugement.

Les tests d'intelligence pourront donc être utiles à l'expert dans les cas suivants :

— lorsqu'il voudra faire pratiquer certaines épreuves de personnalité nécessitant un quotient intellectuel minimum;

— lorsqu'il voudra vérifier son impression d'une insuffisance des facultés mentales chez l'inculpé;

— lorsqu'il redoutera la simulation d'un déficit intellectuel : il aura intérêt alors à demander une batterie de tests pour les contrôler l'un par l'autre;

— lorsque les apparences et l'examen du sujet ne pourront expliquer le caractère absurde, puéril, vaniteux ou paradoxal du délit, et poseront, selon l'âge et le contexte, la question d'une débilité ou d'un affaiblissement inapparents

2° Ce que ces épreuves pourront apporter a l'expert.

a) La preuve qu'un niveau intellectuel se situe dans les hauteurs normales.

L'expert pourra alors affirmer la simulation d'un déficit prétendu.

Ou encore avoir la démonstration qu'une intelligence suffisante se cachait derrière des réponses anormalement pauvres, sous une attitude indifférente ou une inhibition névrotique.

b) L'évidence d'une débilité ou d'une détérioration chez un sujet dont la présentation, les acquisitions, l'apparence d'adaptation sociale, masquaient une faiblesse importante du jugement.

L'apport des tests d'intelligence à l'expertise ne peut être contesté, et Deniker a pu écrire : « En psychiatrie médico-légale moderne, l'affirmation d'une débilité mentale ou d'un affaiblissement intellectuel ne saurait se passer de la méthode des tests. »

C. — Utilisation des tests de personnalité.

1° Quand l'expert sera-t-il amené a demander des tests de personnalité ?

S'il s'en tient prudemment aux notions les plus éprouvées, quelques indications doivent être essentiellement retenues :

a) Lorsque l'anamnèse et l'examen clinique révéleront un état de déséquilibration mentale difficile à identifier.

Ce sera le cas de ces multiples « personnalités psychopatiques » que l'expert doit examiner ou de ces récidivistes qui, pour des faits antérieurs, ont été tantôt admis à l'Hôpital psychiatrique, tantôt incarcérés.

b) Lorsque d'autres examens de laboratoire ou de légères anomalies du comportement auront mis l'expert sur la voie d'un diagnostic qu'il hésite à affirmer.

Ainsi, de discrètes tendances schizoïdes, des perturbations importantes du tracé électroencéphalographique pourront conduire le médecin à demander un test de Rorschach.

c) Lorsque l'expert aura diagnostiqué une névrose ou une psychonévrose. Même évidents à l'examen clinique, ces états seront éclairés avec plus de précision par la « psychologie des profondeurs ».

d) Lorsqu'il voudra confirmer son impression qu'un trouble mental ou névrotique est simulé.

e) Lorsque l'expert estimera utile de renseigner les magistrats sur des anomalies psychologiques peu évidentes — parce que refoulées ou dissimulées — mais dont le rôle peut être important dans la motivation de l'acte incriminé.

f) Enfin, lorsque l'inculpé alléguera des troubles affectifs, des paroxysmes obsessionnels ou impulsifs pour excuser son acte.

L'expert aura intérêt, comme le clinicien, à ne pas demander d'épreuve isolée. On peut dire que, dans la plupart des cas, deux tests au moins doivent être exigés.

Le couple test de Rorschach — test de Minnesota est particulièrement bien adapté à des recherches d'ordre diagnostique.

Le couple test de Rorschach — test de Murray donnera les indications les plus riches sur les forces inconscientes et la structure de la personnalité.

2° Ce que les tests de personnalité pourront apporter a l'expert.

Considérations générales :

L'interprétation des protocoles de tests de personnalité pose à l'expert de tout autres problèmes que celle des données radiologiques ou même électroencéphalographiques.

Si l'on peut, sans hésiter, affirmer qu'une encéphalographie gazeuse donne des clichés normaux, si l'on peut dire — avec les réserves mentionnées plus haut — qu'un tracé électrique est normal, nul psychologue n'osera décrire des critères de normalité dans tous les domaines explorés par les tests de personnalité.

Certes, plusieurs données de ces épreuves sont interprétables d'une manière « psychométrique » : ainsi, au test de Rorschach une réponse est dite « banale » quand elle revient au moins une fois sur six dans les protocoles; ainsi, l'éta-

blissement d'un profil par le test de Minnesota donnera une mesure — relative, il est vrai, mais valable — des traits psychopathiques. Même en France, où prévalent l'emploi des techniques projectives et l'abord projectif de leurs résultats, nombre d'auteurs admettent une solution psychométrique des questionnaires. Ces derniers, d'ailleurs, sont de plus en plus considérés comme utiles au clinicien. Mais si chacun admet la notion de quotient intellectuel, la quantification de la paranoïa ou de la perversité choque déjà certains; quant à la mesure des tendances inconscientes, on peut dire qu'elle n'est admise par personne.

Nous ne saurions prendre position dans le débat : abord psychométrique ou abord projectif des tests de personnalité; cette alternative divise profondément les écoles psychologiques. Même si sa complexité échappe au clinicien, il était nécessaire que le problème fut évoqué.

On saisira ainsi pourquoi l'expert ne peut, pour certains tests, obtenir un protocole dit « normal » ou « anormal ». Et cette part de subjectivité qui persiste dans l'appréciation des données d'un test projectif doit inciter l'expert à faire état de celles-ci avec la plus grande prudence.

Interprétation des résultats :

Quoi qu'il en soit, l'expert qui a reçu les résultats des tests de personnalité se trouve dans une de ces trois solutions :

a) Les résultats confirment les données de l'examen clinique. Ce dernier en sera renforcé, précisé.

b) Les résultats apportent une contribution aux hypothèses ou aux présomptions de l'expert.

Ainsi, un protocole de Rorschach permettra de diagnostiquer un état schizophrénique au début, alors que la clinique était encore peu démonstrative.

De même, un diagnostic d'épilepsie infra-clinique, que la clinique et l'anamnèse permettaient seulement d'envisager et

pour lequel le tracé électrique était douteux, pourra être confirmé par le test de Rorschach.

Ou encore les tests montrent des anomalies affectives que l'entretien clinique ou l'étude du dossier laissaient supposer, mais n'avaient pu préciser. Bien des délits — d'ordre sexuel surtout — verront leur production éclairée par la mise en évidence des troubles affectifs, inconscients ou inavoués, qui les provoquent ou les permettent.

c) Les résultats des tests sont en contradiction avec la clinique et l'anamnèse.

Un diagnostic certain l'emportera ici encore sur les données du laboratoire.

Si la clinique ne montrait rien de caractéristique et que les tests aient fourni des indications franchement pathologiques, l'expert devrait demander de nouveaux entretiens, multiplier les épreuves, envisager même le recours à la narco-analyse. C'est après beaucoup d'efforts qu'il fera parfois la preuve d'une maladie mentale profondément dissimulée. Dans d'autres cas, il ne pourra conclure et se contentera d'évoquer une probabilité.

Enfin, si la clinique offrait des signes pathologiques, si des troubles affectifs étaient allégués et que les tests projectifs ne montrent aucun signe révélateur, malgré la multiplication des épreuves, la simulation pourrait être affirmée.

Rappelons, en terminant, l'intérêt du test de Minnesota, dont les échelles supplémentaires permettent de détecter l'insincérité et la tendance à simuler des troubles psychopathiques.

LES EPREUVES PHARMACO-DYNAMIQUES

I. — *Historique.*

L'emploi de substances pharmaco-dynamiques pour explorer le psychisme remonte à plus de cent ans.

Moreau, de Tours, utilisait le haschich. Morel, Magnan, s'étant servis de l'éthérisation en médecine légale, avaient été en butte à de violentes critiques. Le chloroforme permettait à Babinski de faire la part entre les états organiques et la simulation pithiatique.

Mais c'est à l'Anglais Horsley qu'on doit l'idée et le mot de « narco-analyse » choisi par analogie avec celui de psychanalyse. Cette méthode permettait, en effet, après injection d'un barbiturique, d'obtenir, au cours du relâchement de la période de réveil, des renseignements sur l'inconscient du sujet. Introduite en France par Sutter, proposée en 1945 par Delay, Desclaux, Soulairac et Suttel pour une utilisation médico-légale, la narco-analyse a suscité des polémiques et des prises de position passionnées. Son emploi au cours de l'expertise a même fait citer en correctionnelle, au cours d'un procès retentissant, le Professeur Heuyer.

Mais, en même temps, cette méthode rapide d'investigation de l'inconscient et des troubles mentaux dissimulés se répandait dans la pratique médicale enrichissant les moyens de diagnostic et de traitement.

Par ailleurs, dès 1947, Delay avait proposé une autre épreuve, le « choc amphétaminique ». Il s'agissait d'obtenir par l'injection intraveineuse d'amphétamines une modification brusque de l'état thymique et de l'émotivité entraînant une exagération ou une révélation de symptômes morbides.

Son utilisation était également diagnostique et thérapeutique. Deniker, Pichot, Lempérière et Perse ont attiré, en 1951, l'attention sur l'intérêt médico-légal de cette épreuve, mais elle reste peu pratiquée.

Enfin, le Professeur Delmas-Marsalet (1948) montrait la supériorité sur la narco-analyse des investigations après électro-choc chez un simulateur. Ce procédé pouvait, en clinique, être utilisé, mais « si l'exploration psychique après coma provoqué se montre supérieure à la narco-analyse, il ne s'ensuit pas qu'elle doive être proposée comme une méthode médico-légale, même si l'avenir démontre son efficacité rigoureuse » (Delmas-Marsalet).

C'est donc la narco-analyse seule que nous aurons en vue. Les controverses qu'elle a provoquées ne sont pas encore éteintes, mais sa technique est bien codifiée. L'injection intraveineuse lente du barbiturique choisi permet d'éviter les accidents chez un sujet dont la bonne santé est certaine. Quelques contre-indications précises tiennent au mauvais état du cœur, des poumons et du foie. Un examen somatique, voire biologique, doit être pratiqué avant.

II. — *L'expert devant la narco-analyse.*

1° Principes d'utilisation médico-légale.

Il ne nous appartient pas de discuter ici des principes moraux invoqués pour interdire l'emploi médico-légal de la narco-analyse. Le médecin doit se rappeler que si cette épreuve est « nécessaire en médecine légale au même titre que la recherche des réflexes tendineux, la prise de sang, l'électro-encéphalographie... » (Heuyer), elle a suscité trop d'oppositions ou de réserves pour qu'on n'entoure pas son emploi dans l'expertise des plus sérieuses garanties.

a) La narco-analyse ne doit être qu'un moyen de diagnostic exclusivement réservé aux médecins experts. Elle ne peut

être employée pour l'établissement des faits incriminés. C'est pour préciser cette limitation qu'Heuyer recommande le terme sans ambiguïté de « narco-diagnostic ».

b) Le médecin qui emploie la narco-analyse doit avoir une grande expérience de la méthode (Sutter).

Il ne saurait être question de confier le narco-diagnostic à un spécialiste autre que l'expert. C'est la qualité du clinicien lui-même qui permet d'orienter l'interrogatoire et d'interpréter les réponses de la façon la plus profitable.

c) Les ressources de la pratique médicale habituelle doivent être demeurées insuffisantes pour permettre à l'expert d'accomplir entièrement sa mission (Sutter).

d) La narco-analyse ne saurait être imposée à l'inculpé par ruse ou par violence. Celui-ci doit, autant que possible, être au courant du but de l'examen, sauf, comme le fait remarquer Heuyer, quand il s'agit de déceler une simulation.

Le consentement doit donc être libre, éclairé. Dans le cas où un trouble mental enlèverait de la valeur à l'opposition de l'inculpé, l'assentiment de sa famille et de son conseil pourrait en tenir lieu.

e) Plusieurs auteurs recommandent de n'appliquer la narco-analyse qu'à des sujets ayant avoué l'acte reproché. D'autres y ont recours même si le sujet nie le délit, mais s'abstiennent alors d'interroger sur celui-ci et sur ses motivations éventuelles. Le clinicien devra, pour chaque expertise, trancher, selon sa conscience, un cas d'espèce; mais un principe intangible tient au cœur des médecins : toute révélation concernant la matérialité des faits ne peut pas être mentionnée dans le rapport d'expertise.

f) Enfin, comme pour tous les examens paracliniques, l'analyse critique des données de la narco-analyse doit être faite par l'expert. Ce n'est qu'après les avoir confrontées avec l'examen clinique et les avoir dépouillées de leur part fréquente d'erreurs que le praticien pourra en faire état dans ses conclusions.

2° Quand l'expert sera-t-il amené a pratiquer une narco-analyse ?

L'expert aura le plus grand intérêt, à l'heure actuelle, à s'en tenir à quelques cas bien précis :

— lorsqu'il n'aura pu, par la clinique et les examens usuels, mettre en évidence une maladie mentale profondément dissimulée dont il suppose, mais ne saurait affirmer l'existence;

— lorsque la clinique et les tests mentaux n'auront pu préciser les troubles psychologiques ayant probablement motivé un acte délictueux;

— lorsque l'expert aura l'impression qu'un état mental est simulé et que la méthode des tests ne lui aura pas permis d'étayer sa conviction;

— plus rarement, quand l'expert voudra faire la preuve qu'une amnésie ou une aphasie sont réelles. Ces derniers cas sont moins fréquents que les précédents. Exceptionnellement, l'expert jugera utile de demander une narco-analyse dans d'autres circonstances. Rien ne peut l'en empêcher. Mais, en limitant les indications de cette épreuve, en en faisant un seul « narco-diagnostic », l'expert ne peut encourir de reproches.

III. — *Ce que la narco-analyse pourra montrer à l'expert.*

Ici encore, comme pour les tests projectifs, il ne saurait être question d'obtenir des résultats normaux ou anormaux. Il y aura, plus simplement, les sujets qui ne révéleront rien et ceux qui révéleront quelque chose.

1° Quand la narco-analyse n'aura rien apporté, on ne pourra tenir compte des données de cet examen. Il n'y a pas de « sérum de vérité ». Certains états mentaux dissimulés, certains complexes affectifs ne peuvent être extériorisés, car, au cours de la narco-analyse, le contrôle reste encore trop fort.

2° Quand la narco-analyse aura révélé des faits psychiques intéressants, leur signification devra être interprétée avec la plus grande circonspection.

Sa contribution la plus sûre sera la précision d'un diagnostic clinique jusque-là hésitant : la révélation d'un délire paranoïde dissimulé (Delay), la mise en évidence d'un état dissociatif (Heuyer).

Souvent, la narco-analyse permettra d'affirmer la simulation d'une maladie mentale que la clinique et les tests avaient seulement permis de suspecter.

Parfois, la narco-analyse montrera le lien qui unit la vie inconsciente du sujet à la production de l'acte incriminé. C'est l'utilisation la plus sujette à critique qui puisse être faite dans l'état actuel de l'expertise. Cependant, si l'expert a la conviction d'avoir découvert les motivations profondes du fait délictueux, son devoir est de les exposer au magistrat.

TROISIÈME PARTIE

L'UTILISATION DES DONNÉES PARACLINIQUES ET SES CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

« Est-ce donc une témérité de soutenir qu'en plaçant la médecine légale des aliénés sur une base essentiellement scientifique, nous offrirons aux magistrats un motif suffisant de croire à la valeur de nos expertises médico-légales, et que nous arriverons à une conquête plus assurée de notre compétence dans les affaires criminelles...? »

MOREL,
Médecine légale des aliénés, 1866.

Après avoir passé en revue les examens paracliniques dont peut disposer le neuro-psychiatre et donné l'interprétation médico-légale de leurs résultats, il convient d'exposer l'application de ces derniers à l'objet de l'expertise.

Cependant, l'emploi des examens paracliniques par l'expert soulève des difficultés, parfois graves, dont certaines seraient aisément levées par des modifications de la procédure et de l'organisation pénitentiaire. Successivement, nous envisagerons :

— Les difficultés pratiques rencontrées par l'emploi des examens complémentaires au cours de l'expertise;

— L'utilisation des données paracliniques dans le cadre actuel de l'expertise neuro-psychiatrique;

— Les améliorations susceptibles d'augmenter et de rendre plus efficace la contribution de ces données à la mission de l'expert.

LES DIFFICULTES PRATIQUES

Nombre de difficultés limitent, à l'heure actuelle, l'emploi médico-légal des examens paracliniques.

I. — *Les réserves de certains médecins.*

Partisans exclusifs de l'observation clinique, nombre de médecins méprisent les examens complémentaires.

N'acceptant que les épreuves biologiques et le radio-diagnostic, certains praticiens refusent une valeur pratique à des méthodes qu'ils trouvent trop indirectes et parées d'une feinte objectivité.

D'autres prennent des positions plus nuancées, refusant, par exemple, les seuls examens inspirés de principes psychanalytiques : les tests de projection et la narco-analyse.

Il s'agit là de convictions personnelles qui ne sont pas celles du plus grand nombre. Néanmoins, les investigations paracliniques se répandent et les praticiens leur accordent un crédit croissant.

Nous avons précédemment souligné combien le médecin devait être familiarisé avec les techniques qu'il utilise, ou fait pratiquer, pour en connaître la valeur et les limites, puis critiquer leur apport à ses conclusions. Qui donc, dans ces circonstances, pourrait reprocher à un expert de ne pas utiliser des méthodes dont il ne reconnaît pas la validité ?

II. — *Le choix du spécialiste.*

Il offre des difficultés pour tous les examens que nous avons énumérés, sauf pour la narco-analyse qui doit rester l'apanage du psychiatre dans le cadre du « dialogue médecin-malade » (Planques et Euzière).

Les experts conviennent qu'en aucun cas le spécialiste ne

peut être considéré comme un coexpert : ils revendiquent le droit de s'adresser à l'auxiliaire de leur choix et de critiquer les résultats de sa technique. La jurisprudence reconnaît à l'expert la possibilité de s'entourer des renseignements complémentaires qu'il aura jugé utiles. Même si le tiers auquel il a fait appel n'est pas tenu au serment, si son compte rendu n'est qu'un objet de discussion, il importe au plus haut point que ce tiers offre toutes garanties par lui-même et par son travail. L'expertise en sera renforcée et le magistrat n'en témoignera que plus de considération pour ces procédés encore récents d'investigation psychiatrique.

Nous avons vu précédemment quelle haute qualification du spécialiste était requise. L'expert pourra aisément s'adresser à un bon radiologue. Les électroencéphalographistes compétents sont encore assez peu nombreux; mais rares sont surtout les psychologues offrant aux médecins les indispensables garanties.

Qui oserait affirmer, en dehors des villes universitaires, l'existence de beaucoup de techniciens sûrs des tests de personnalité ?

Les médecins souhaitent un enseignement plus poussé, plus répandu, de ces spécialités récentes, et la reconnaissance officielle des titres d'électroencéphalographiste et de psychologue qualifiés. Mais, pour un certain temps encore, l'expert risquera d'être gêné pour obtenir, dans de bonnes conditions, certaines investigations complémentaires.

III. — *Difficultés tenant aux méthodes.*

Les techniques paracliniques sont loin de poser toutes les mêmes questions. Certaines ne nécessitent aucune manœuvre susceptible de léser l'individu : leur emploi en est facilité. Ce sera le cas de la crâniographie simple, de l'électroencéphalographie, — mis à part quelques procédés d'activation, — de la méthode des tests mentaux.

Mais d'autres techniques, comme l'encéphalographie gazeuse et l'artériographie carotidienne, exigent une sur-

veillance hospitalière et mettent en œuvre des interventions sur la personne de l'inculpé susceptibles d'entraîner des accidents le plus souvent bénins, très rarement graves. Pour éviter le plus possible ces inconvénients, l'expert sera tenu de faire un bilan biologique du sujet, impraticable à la prison.

Ces derniers examens sont-ils, pour reprendre le mot de Deniker, « inimaginables » au cours de l'expertise actuelle ? On peut plutôt estimer, avec Riser, qu'ils sont praticables après que l'expert se soit entouré de garanties et qu'il ait informé l'inculpé et son conseil de la nécessité — mais aussi des risques — de leur emploi. De tels moyens d'investigation seront évidemment utilisés dans quelques cas bien précis; ils doivent rester exceptionnels et ne pourront être mis en œuvre qu'après l'échec d'examens plus bénins.

Les méthodes psychologiques posent aussi des problèmes : le test de Minnesota, expérimenté dans des services psychiatriques, n'a pas encore son matériel disponible dans le commerce.

Les tests mentaux sont, par ailleurs, trop nombreux pour que les psychologues soient familiarisés avec toutes les épreuves; on ne peut exiger d'eux qu'ils en utilisent certaines, dont ils n'ont qu'une faible pratique et dont ils ne connaissent pas toutes les finesses et les limites.

IV. — *Difficulté d'apprécier la valeur des résultats.*

La « valeur probante » des examens paracliniques n'est pas, pour chacun d'eux, la même. Les épreuves biologiques et radiologiques sont les plus sûres, celles pour lesquelles la part d'interprétation est la moindre.

L'électroencéphalographie est peu critiquée, dans l'ensemble, quand on sait prudemment interpréter ses données et n'utiliser que les méthodes d'activation les plus physiologiques : hyperpnée, stroboscopie. Ainsi, la valeur diagnostique des anomalies électriques après injection de cardiazol a été contestée.

En ce qui concerne les tests mentaux, les difficultés de leur interprétation sont grandes. L'emploi d'un seul test de personnalité est, de l'avis de tous, insuffisant, et l'expert devra en demander deux ou trois d'usage généralisé. Il aura le plus grand intérêt à se limiter aux quelques épreuves d'efficience et de personnalité les mieux validées. Ce faisant, il contribuera à préciser leur valeur médico-légale, mais aussi il retiendra plus sûrement l'attention du magistrat qu'en lui présentant les résultats de techniques plus ou moins validées, risquant d'éveiller sa méfiance.

Quoi qu'il en soit, l'expert devra faire preuve de sagacité pour utiliser, comme il convient, les données des tests de personnalité, ainsi d'ailleurs que celles de la narco-analyse.

Et ceci surtout dans le cas où ces épreuves sont employées à explorer l'affectivité et les mobiles psychologiques, d'une manière inspirée de la psychanalyse. Mais rien ne peut s'opposer à l'usage d'investigations de type analytique au cours de l'expertise.

Il convient d'insister, par ailleurs, sur le fait que le recours à un seul examen paraclinique ne sera pas toujours suffisant. Un premier résultat demandera souvent à être précisé par un autre, ou fera naître une nouvelle hypothèse qui devra être contrôlée. La valeur probante des épreuves dépendra donc parfois de leur association.

Enfin, certains délinquants auront appris, de leurs lectures, par d'autres détenus ou — qui sait ? — par leur conseil, les réponses à donner aux tests en vue d'écourter leur peine. Il serait alors indispensable de vérifier les résultats pour démasquer cette supercherie.

V. — *Difficultés tenant au sujet.*

Les experts tiennent tous, dans la mesure du possible, à s'assurer l'assentiment de l'inculpé qui doit subir des examens complémentaires.

Pour divers motifs, ces investigations risquent de n'être pas acceptées. L'art du médecin, en pratique courante, permet

souvent d'obtenir un consentement d'abord refusé, pour une intervention parfois grave, en expliquant ses avantages éventuels. Au cours de l'expertise, il pourra en être de même, bien que les conditions psychologiques soient différentes. Si l'opposition persiste, comment fixer de façon équitable le seuil à partir duquel l'avis de l'inculpé n'est plus « éclairé », à partir duquel l'expert pourra se passer de son consentement ? Dans les cas cliniques francs, l'assentiment de la famille et du conseil suffisent. Mais le problème est aggravé par le fait que ce sont justement les sujets atteints de troubles mal précisés qui seront le plus utilement soumis aux examens paracliniques.

En cas d'opposition persistante, l'expert aurait la possibilité de s'adresser au juge d'instruction et de solliciter l'autorisation de passer outre si sa conscience lui impose de pratiquer tel examen. Mais une éventuelle — et peu probable — autorisation du magistrat risquerait de rester lettre morte.

En effet, certaines épreuves, et notamment l'électroencéphalographie et les tests, nécessitent, chez celui qui les subit, plus qu'un assentiment : une collaboration.

Dans les cas extrêmes, l'expert pourra ainsi se heurter à l'impossibilité de recourir aux examens complémentaires et devra alors mentionner dans son rapport qu'il n'a rien négligé pour accomplir au mieux sa mission.

A une époque où le psychiatre a vu son pouvoir exagéré par l'opinion, l'aveu de cette limitation, loin d'être reprochée à l'expert, ne serait-elle pas plutôt propre à dissiper certaines inquiétudes ?

Bien d'autres questions ont été soulevées : on a parlé, à propos de la narco-analyse, d' « effraction de la conscience », de viol de la personne humaine. D'ailleurs, comme le fait remarquer Vouin (Dalloz, 1949), cette effraction de la conscience « n'existe-t-elle pas nécessairement dans toute expertise mentale, puisque le psychiatre opère, par définition même, dans le champ de la conscience... » ? Et lorsqu'elle

est employée à des investigations dans l'inconscient, la narco-analyse est-elle plus « violatrice » que les tests de projection, dont personne n'a contesté l'emploi médico-légal ?

La seule objection qu'on pourrait faire contre la narco-analyse est qu'elle lève parfois des barrages conscients que, théoriquement, les tests mentaux respectent. Rappelons toutefois les questions masquées de certains tests — celui de Minnesota surtout — destinées à contourner les barrages conscients.

VI. — ***Difficultés tenant à la procédure.***

Il semble qu'on puisse en retenir essentiellement quatre :

1° Le sujet examiné est, dans la grande majorité des cas, un inculpé. Il a pris l'attitude psychologique de celui qui se défend, et l'expert lui semble, tout naturellement, un auxiliaire de l'accusation. Ceci nuira à l'atmosphère de confiance nécessaire pour faire accepter certaines investigations, surtout si, les faits reprochés n'ayant pas été reconnus, le conseil encourage cette opposition.

2° Le secret médical de l'expert n'est pas assez précisé. On lui demande de dire « toute la vérité », ce qui le contraint à une « restriction mentale » si ses investigations lui ont apporté, sans qu'il les recherchât, des données sur la matérialité des faits. Les médecins estiment qu'un certain secret médical doit persister, et de nombreux juristes partagent leur opinion.

3° L'inculpé n'est souvent examiné qu'un assez long temps après le délit. Ce retard peut avoir de fâcheuses conséquences, dans le cas d'un état confusionnel, par exemple, dont il deviendra beaucoup plus difficile de découvrir l'étiologie.

4° Enfin, certaines investigations sont difficiles à réaliser en milieu carcéral. Ainsi, la méthode des tests mentaux doit être mise en œuvre dans un lieu qui favorise au plus haut point la détente psychologique et la confiance.

Mais que dire des techniques nécessitant l'hospitalisation, qui posent des problèmes délicats de transfèrement et de surveillance.

UTILISATION PAR L'EXPERT DES DONNEES PARACLINIQUES

Si l'on veut envisager, d'une manière synthétique, l'utilisation des données paracliniques dans le cadre de la mission de l'expert, on peut retenir essentiellement trois circonstances :

— le sujet présente une affection psychiatrique : psychose ou psychonévrose;

— le sujet est atteint de déséquilibration mentale avec traits psychopathiques ou névrotiques;

— on ne peut trouver d'affection psychiatrique ni de traits psycho-pathologiques, mais le caractère de l'acte incriminé ne paraît pas en rapport avec la personnalité sociale de l'inculpé.

I. — *Le sujet est atteint d'une affection psychiatrique.*

L'expert, ayant pratiqué son examen clinique, se trouvera dans des situations différentes :

1° *La clinique lui aura permis de se faire une opinion précise.* — Un état morbide franc pourra être affirmé sur la seule foi de la clinique, celle-ci étant, dans ce cas, suffisante par elle-même. Mais aussi, parfois, l'expert sentira la nécessité de fournir au magistrat une preuve biologique ou psychométrique de l'affection. Le juge n'étant pas lié par les conclusions de l'expert, ce dernier préférera, par exemple, démontrer, par l'analyse biologique du liquide céphalo-rachidien, l'existence d'une paralysie générale cliniquement évidente, mais dont les troubles ne sont pas encore assez avancés pour s'imposer à tout le monde.

Un affaiblissement démentiel, affirmé par l'examen clinique, verra son diagnostic renforcé par l'objectivation radiologique des lésions organiques du cerveau qui l'ont déterminé.

Cette démonstration des troubles mentaux par les techniques paracliniques peut paraître superflue à l'heure actuelle, mais doit devenir plus fréquente, car ces investigations renforcent la position de l'expert, et il est « permis de penser que la défense et les prévenus, mieux informés des ressources du diagnostic moderne, en viendront un jour à les réclamer » (Deniker).

2° *La clinique aura suggéré à l'expert la probabilité ou la possibilité d'un diagnostic.* — Dans ces cas, le recours aux examens paracliniques devient médicalement indispensable, car ceux-ci permettent un diagnostic précoce des affections mentales et une affirmation de l'état morbide dans les formes frustes.

Ainsi, l'expert pourra-t-il démontrer dans de nombreux cas une atteinte tumorale, atrophique ou cicatricielle du cerveau, par la combinaison des méthodes biologiques, radiographiques et électroencéphalographiques.

Ainsi pourra-t-il, par la psychométrie, préciser un degré d'atteinte de l'intelligence, soit qu'il s'agisse d'une débilité mentale difficile à apprécier, soit qu'il s'agisse d'un affaiblissement démentiel bien compensé.

L'électroencéphalographie lui permettra de rattacher à une épilepsie infraclinique — avec, au besoin, confirmation par le test de Rorschach — certains troubles du caractère et de l'humeur, certaines impulsions antisociales.

3° *L'examen clinique, comme l'étude du dossier, n'aura donné que des présomptions.* — C'est dans ces circonstances que la nécessité des examens paracliniques s'imposera au plus haut point.

Assez fréquemment, l'expert se trouvera devant un sujet qui dissimulera, plus ou moins parfaitement, ses troubles

mentaux. Le « flair clinique » permet bien de suspecter cette réticence, mais une impression intuitive ou mal précisée ne suffit pas; on devra multiplier les investigations. L'intérêt d'une épreuve comme le test de Minnesota est à souligner ici, car il donne une orientation générale dont dépendra le recours à tel ou tel autre examen.

Pour prendre un exemple, les résultats anormaux à l'échelle « schizophrénie » conduiront à demander un test de Rorschach, qui précisera si l'on a affaire à une personnalité schizoïde, ou bien à un état schizophrénique dissimulé.

Dans d'autres cas, l'expert sera frappé par la discordance entre ses constatations et celles qui ont été rapportées par un confrère lors d'une expertise antérieure : l'usage des examens paracliniques lui permettra parfois de modifier ou de préciser un diagnostic antérieurement porté et de mieux éclairer le magistrat sur les troubles de l'inculpé.

Nous avons dû nous limiter à quelques exemples, mais il convient de souligner, en terminant, la contribution des données complémentaires au diagnostic médico-légal des maladies psychiatriques :

— démonstration de l'organicité des troubles;
— précision plus grande de certains états;
— orientation vers un diagnostic;
— modification éventuelle d'un diagnostic antérieurement porté.

On voit donc tout le bénéfice que peut en tirer l'expert, dans l'intérêt de la justice aussi bien que du délinquant.

II. — *Le sujet est atteint de déséquilibration mentale.*

Ce vaste groupe d'états mentaux est celui qui pose le plus de questions aux experts psychiatres. L'insertion sociale des sujets déséquilibrés est mauvaise, sans cesse remise en question : il en résulte fréquemment un comportement délictueux. Le problème de la responsabilité des inculpés qui sont atteints de déséquilibration est directement à la source

de la circulaire Chaumié. Les experts connaissent tous de nombreux délinquants qui ont été, pour plusieurs récidives, déclarés tantôt entièrement responsables, tantôt à responsabilité atténuée, parfois même irresponsables.

Il semble donc que le médecin commis par la justice doive s'efforcer, dans la mesure du possible, de préciser par tous les moyens la nature du trouble des déséquilibrés et le degré d'atteinte de leur personnalité.

Ces états de déséquilibration sont variés. La tendance, à l'heure actuelle, est de les diviser en deux groupes :

— les névroses;
— les personnalités psychopathiques.

Les tests de personnalité et, parfois, l'électroencéphalographie permettent une connaissance plus poussée de ces états que celle qu'en donne la clinique.

Jusqu'à présent, l'entretien clinique et l'étude du dossier permettaient à l'expert de dire que l'inculpé présentait des anomalies. Il peut, maintenant, préciser la nature de ces anomalies, indiquer parfois leur origine et dire le rôle qu'elles ont joué dans la motivation du délit.

1° Les névroses.

De toutes les explications des états névrotiques, c'est la théorie psychanalytique qui a porté la plus riche contribution. Or, l'usage de la psychanalyse, dans l'expertise, se heurte à des difficultés pratiques presque insurmontables. Certains tests de personnalité — notamment les tests de Rorschach et de Murray — permettent, comme un diagnostic psychanalytique plus commode, de déceler des régressions de l'affectivité et des états de tension anxieuse dont la clinique ne permet qu'une approche insuffisante.

Une névrose d'angoisse, une névrose obsessionnelle, donnent, aux tests projectifs, des protocoles parfaitement connus. Nous avons vu avec quelle réserve il fallait considérer les signes électroencéphalographiques attribués à l'anxiété, à la « vigilance inquiète ». L'expert n'en peut tirer une con-

clusion; mais s'il obtient des réponses au Rorschach caractéristiques de l'anxiété et si le test de Murray montre des fixations affectives anormales, une culpabilité sexuelle manifeste, les présomptions seront fortes. Elles nécessiteront, évidemment, d'être intégrées dans un contexte très détaillé, et le caractère du délit devra se présenter comme une expression de défense contre la tension anxieuse.

2° Les personnalités psychopathiques.

Le problème est ici plus complexe, la notion de personnalité psychopathique restant plus controversée que celle de névrose. Il n'est pas question de s'étendre sur la classification de ces états mentaux qui se manifestent par une symptomatologie atténuée.

Leur étiologie, constitutionnelle ou acquise, est moins univoque que celle des états névrotiques, et l'expert devra souvent multiplier les procédés d'investigation.

Parmi tant d'autres, un cas troublant reste celui de l'individu pervers, et l'on sait la contribution apportée à cette question par l'étude des perversions postencéphalitiques : nous avons signalé la possibilité, par l'analyse du liquide céphalorachidien et l'étude des tracés électriques, d'objectiver l'atteinte organique et fonctionnelle de l'encéphale, la « souffrance cérébrale ». Ces indications ne sont pas suffisantes par elles-mêmes dans tous les cas, mais pourront conduire l'expert à recourir aux tests de personnalité. Si l'échelle « déséquilibre avec traits antisociaux » du test de Minnesota donne un nombre très anormal de réponses et si les labyrinthes de Porteus montrent l'incapacité à l'adaptation sociale, comment l'expert pourrait-il négliger de fournir au magistrat tous ces éléments d'information ?

On sait aussi la fréquence avec laquelle les personnalités « paranoïaques », s'estimant toujours frustrées, s'adonnent aux conduites antisociales. Ces sujets ne peuvent être assimilés à ceux qui présentent un délire systématisé, mais leurs réactions sont parfois comparables. Chez les paranoïaques,

le test de Minnesota montre un profil anormal, qui sera utilement corroboré par les données d'un test objectif, comme les labyrinthes de Porteus, et d'un test projectif, celui de Rorschach ou celui de Rozensweig. L'expert pourra ainsi « mesurer » l'intensité de la tendance paranoïaque, démontrer les faibles possibilités de contact affectif avec l'entourage et indiquer si une personnalité bien ou mal structurée permet ou non un contrôle de soi.

La fréquence des délits commis sous l'action des excès éthyliques est bien connue. Or, on sait que la déséquilibration conduit souvent aux habitudes d'intempérance.

L'expert devra chercher quels ont été les motifs de cette habitude, sans y apporter pour cela un parti pris d'excuse, et sans oublier qu'à l'inverse l'éthylisme peut engendrer le déséquilibre mental.

Les tests de personnalité, ici encore, mettront en évidence les traits psychopathiques éventuels : le test de Minnesota, par exemple, en montrant des tendances dépressives dont les causes pourront être décelées par un protocole de test de Murray extériorisant une grave frustration de l'affectivité. Les renseignements d'ordre social et professionnel devront être soigneusement utilisés pour compléter l'étude de la personnalité de l'éthylique.

Après ces quelques exemples, trois notions nous semblent devoir être essentiellement retenues :

— L'emploi des examens paracliniques, surtout les tests de personnalité, doit être multiplié afin de mieux connaître les états de déséquilibration.

— L'expert doit s'efforcer de préciser l'intensité du trouble, ainsi que les capacités d'adaptation et la structure de la personnalité qui est atteinte.

— Pour cela, les données des épreuves psychologiques seront confrontées avec les renseignements d'ordre médical, social et professionnel.

III. — *Le caractère du délit ne paraît pas en rapport avec la personnalité de l'inculpé.*

C'est ici que la mission de l'expert sera la plus délicate à remplir : il se trouve devant un sujet qui ne présente pas de troubles mentaux, dont l'examen neurologique est négatif, dont l'insertion sociale et la valeur professionnelle sont, par tous, reconnues bonnes.

L'expert aura pu recueillir de l'entretien clinique la notion d'une émotivité excessive, de discrètes tendances psychasthéniques, mais rien ne semble motiver les faits incriminés.

Ce seront, fréquemment, des délits d'ordre sexuel, exhibitionnisme, agressions sadiques, homosexualité.

Ici encore, les techniques inspirées de la psychanalyse et, au besoin, la narco-analyse, devront être mises en œuvre, dans la mesure du possible. Elles pourront renseigner sur l existence d'une situation conflictuelle tellement enfouie que la nature névrotique du comportement ne se découvre qu'après une analyse en profondeur. Ces sujets offrent une « façade » sociale irréprochable et tiennent à la sauvegarder; ils ne répondront guère aux questions concernant la sexualité, qui, d'ailleurs, ne donneraient que des renseignements limités. Ils auront pourtant souffert d'une évolution anormale de l'instinct sexuel dont les déviations, longtemps réfrénées, entraîneront, à la fin, un état de tension psychologique insoutenable. Le passage à l'acte représentera un mécanisme de libération.

Les données des investigations doivent être très soigneusement critiquées et leur utilisation nécessite la connaissance par l'expert des antécédents et de la vie sociale de l'inculpé. Nombre de praticiens hésitent à engager l'expertise mentale sur une voie aussi peu admise.

Cependant, si le Code et la jurisprudence ne permettent pas d'invoquer de motif interne comme une « contrainte » à laquelle le sujet « n'a pu résister » — cause de non-imputabilité — la circulaire Chaumié invite l'expert à révéler

« les anomalies mentales et psychiques ». Dans quelle mesure un conflit psychologique est-il une anomalie ?

Il est certain que plus il s'éloigne du diagnostic des troubles mentaux cliniquement évidents, plus l'expert rend sa tâche difficile, plus il doit s'informer et s'entourer de garanties; mais aussi, en approfondissant, selon sa vocation médicale, la connaissance psychopathologique des délits et leur signification humaine, il démontre davantage l'utilité, la nécessité de sa mission.

LES AMELIORATIONS DONT POURRAIT BENEFICIER L'EXPERTISE

Il ne saurait être question, pour nous, de prendre position sur la réforme juridique nécessaire à la création de l'expertise criminologique. Mais il semble que certaines améliorations puissent être tentées, en attendant la modification du Code pénal. Elles permettraient à l'expert d'utiliser les données des examens paracliniques avec plus de profit et dans des cas plus nombreux.

Cet emploi fréquent des investigations complémentaires aurait le triple avantage de mieux faire comprendre la personnalité de l'inculpé, de préciser davantage la valeur médico-légale des examens paracliniques et de favoriser chez le magistrat, comme chez le médecin, l'abord criminologique du problème de la délinquance.

Nous nous sentons obligé, au terme de ce travail, d'émettre — après tant de médecins — quelques suggestions sur le plan juridique et sur le plan médical. Ces suggestions auront des conséquences pratiques dans le domaine de l'organisation pénitentiaire dont le rôle, s'il était mieux compris, pourrait être orienté vers le traitement et la rééducation.

I. — *Améliorations sur le plan juridique.*

Les questions posées à l'expert devraient être modifiées :

1° Si la question relative à l'état de démence — au sens large — lors de l'action reste actuellement justifiée, l'expert devrait avoir à préciser la personnalité de l'inculpé, mais en aucun cas n'aurait à fixer un degré de responsabilité ou à suggérer une décision répressive ou non.

2° L'expertise mentale devrait être plus fréquente. Depuis longtemps, les médecins s'inquiètent que le juge ne soit, pour décider l'expertise, éclairé par aucun avis médical. L'examen mental systématique du prévenu ne peut être demandé à l'heure actuelle. Toutefois, le « criblage », tel qu'on le pratique dans les annexes psychiatriques des prisons, s'il se généralisait, diminuerait très fortement le risque de méconnaître les troubles psychopathologiques des délinquants.

3° La formule du serment de l'expert gagnerait à être modifiée, en spécifiant bien que l'expert est tenu de « dire toute la vérité », mais sur le seul objet de sa mission et selon les règles de la déontologie médicale.

Il résulterait de cette indépendance mieux affirmée une confiance accrue de la défense et de l'accusation envers la personne et les travaux de l'expert. Cette mesure rendrait inutile l'expertise contradictoire réclamée par certains. La vérité médicale ne permet pas aux praticiens de prendre : les uns, le parti de l'accusation; les autres, celui de la défense. En revanche, l'expertise à trois devrait devenir très fréquente et la récusation d'experts possible pour les deux parties.

II. — *Améliorations sur le plan médical.*

1° Le médecin aurait toutes facilités pour étayer ses conclusions par des renseignements divers. Le dossier lui est toujours communiqué, mais il lui faudrait pouvoir disposer d'une enquête sociale spécifiant les conditions familiales et professionnelles, et les antécédents morbides.

L'expert doit pouvoir demander des examens paracliniques susceptibles non seulement de servir au diagnostic des affections psychiatriques, mais encore d'enrichir la connaissance biologique et psychologique du sujet.

2° C'est dans la mesure où il constituerait un tel faisceau de renseignements qu'il aurait la possibilité, sans outrepasser son mandat, d'exposer au juge la motivation psycho-

logique probable ou possible du délit. Il pourrait le faire avec d'autant plus de liberté qu'il n'interviendrait jamais sur le plan de la responsabilité.

3° Enfin, l'expert ne se bornerait plus à un diagnostic, si fin soit-il. Il lui serait possible de faire profiter le délinquant des autres opérations de l'art médical : pronostic et traitement.

La circulaire Chaumié prévoit une seule mesure thérapeutique : l'internement. Or, de nombreux états mentaux sont justiciables — même au cours de la détention — d'un traitement que l'expert pourrait conseiller.

On voit le bénéfice qu'en tirerait l'inculpé. Le médecin aurait apporté au juge tous les éléments médicaux et psychologiques nécessaires à la compréhension de la personnalité du délinquant. Le juge pourrait en tenir compte pour atténuer la rigueur d'une sanction et pour estimer les possibilités de réadaptation. Il serait ainsi amené à prendre, après avis de l'expert, des décisions médico-pénales qui supposent l'installation de nouveaux locaux de détention.

III. — *Conséquences pénitentiaires.*

Cette modification de l'expertise et l'application des renseignements qu'elle offre nécessitent la création, réclamée depuis longtemps, des annexes psychiatriques et des hôpitaux-prisons. On y placerait les inculpés sous surveillance médicale. Toutes les investigations pourraient y être pratiquées. Ainsi seraient supprimées les conditions précaires des travaux de l'expert.

C'est en ce lieu que seraient également placés, pendant leur peine, les délinquants auxquels l'usage abusif des circonstances atténuantes réservait de courtes peines malgré leur état dangereux. L'hôpital-prison jouerait un rôle pénal, médical et social en mettant de tels sujets dans l'impossibilité de nuire à la société, en les soumettant à un traitement médical et à une tentative de rééducation.

Nous nous sommes limité à demander quelques améliorations bien modestes, mais c'est en vain que, depuis longtemps, les experts les réclament. Le moment nous semblait venu d'insister encore sur leur nécessité, car elles conditionnent en grande partie les progrès de l'expertise mentale et de la connaissance médico-psychologique du délinquant.

Ces mesures ne seraient guère que palliatives, mais elles constitueraient une acquisition précieuse sur la voie de la criminologie.

CONCLUSIONS

I. — L'expertise mentale en matière pénale, telle qu'on la pratique aujourd'hui, n'est plus à la mesure des progrès de la psychiatrie et de la psychopathologie. Les termes de l'article 64 du Code pénal sont quelque peu dépassés, et les questions posées à l'expert ne correspondent plus aux précisions qu'il peut donner.

II. — En aucun cas, le rôle médical de l'expert ne lui permet de résoudre un problème de responsabilité : il garantit ainsi sa neutralité absolue entre l'accusation et la défense.

III. — A l'heure actuelle, l'expert peut et doit renseigner le magistrat sur la personnalité de l'inculpé. Il s'efforcera d'exposer tous les éléments médicaux, psychologiques — conscients ou non — qui ont pu jouer un rôle dans la motivation ou l'exécution du délit.

IV. — Pour mener à bien cette mission, l'expert dispose, outre l'observation clinique, d'un certain nombre d'examens complémentaires :

a) les examens biologiques et radiographiques;
b) l'électroencéphalographie, dont la valeur médico-légale est, depuis peu, admise;
c) les tests mentaux, qui, rarement utilisés encore, doivent s'imposer à l'attention du médecin légiste;
d) la narco-analyse, qui, malgré les critiques dont elle fut l'objet, reste, dans des cas précis, d'une utilité certaine.

V. — Une modification des textes juridiques — dont la décision ne concerne pas le médecin — devrait intervenir pour libérer l'expert de certaines contraintes et pour préciser quels renseignements il est apte à donner dans le cadre de sa mission médicale.

VI. — D'ores et déjà, des améliorations pratiques pourraient être apportées, tant à la procédure de l'expertise qu'à l'organisation pénitentiaire. Elles permettraient au magistrat de faire bénéficier davantage le délinquant des progrès du diagnostic et de la thérapeutique.

VII. — Ainsi serait également sauvegardée la mission de l'expert, auquel il appartient, non de juger, mais d'apporter tous les éléments d'information qui aident à la connaissance et à la compréhension de l'homme.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
DERVILLÉE.

Vu : *Le Doyen,*
R. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 novembre 1956.
Le Recteur de l'Académie,
L. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages relatifs à des questions d'ordre général.

Ballet (G.). — L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1907, I, 3-98.

Bouquerel (J. et Mme). — L'annexe psychiatrique des prisons de Loos. *Ann. méd.-psychol.*, 1953, II, 60-64.

Caron (H.), Daumézon (G.), Léculier (P.). — La responsabilité des pervers sexuels. *Ann. méd.-psychol.*, 1945, I, 83-89.

Charpentier (R.). — L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux. *Ann. méd.-psychol.*, 1930, I, 289-320.

— Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code pénal. *Ann. méd.-psychol.*, 1934, II, 620-630.

Charon (R.) et Courbon (P.). — Anormalité psychique et responsabilité relative. *Encéphale*, 1913, n° 10, 315-327.

Cornil (L.) et Ollivier (H.). — Les centres d'expertise et d'observation médico-légales psychiatriques. *Ann. méd. lég.*, 1947, n° 5, 194-195.

Daumézon (G.). — Essai sur les fondements de l'expertise psychiatrique au criminel. *Ann. méd. lég.*, 1951, n° 6.

Delay (J.), Desclaux (P.) et Maillard (J.). — Intérêt médico-légal de l'encéphalographie gazeuse dans les démences toxiques... et traumatiques. *Ann. méd. lég.*, 1945, n° 4, 69-72.

Deniker (P.). — Les examens de laboratoire en psychiatrie médico-légale. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1953, 425-487.

Deniker (P.), Pichot (P.) et coll. — Intérêt des examens paracliniques dans l'appréciation des cas de psychiatrie médico-légale. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1951, 622-642.

Deshaies (G.). — L'aveu. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1955, 577-656.

Di Tullio (B.). — Biotypologie et criminologie. *Evol. psych.*, 1954, n° 3, 421-431.

Euzière (J.). — Le problème de la responsabilité pénale vu par un médecin. 1 vol., Impr. de la Charité, Montpellier, 1952.

Ey (H.). — Déontologie de l'expertise psychiatrique. *Presse méd.*, 1951, n° 43, 905-906.

Fischgold (H.). — L'E.E.G. normal dans l'épilepsie. *Sem. hôp.*, 1955, n° 10, 563-564.

Heuyer (G.) et Pinatel (J.). — L'examen médico-psychologique et social des délinquants. 1 vol. (I^er^ Cours internat. de criminol., 1952).

Kammerer (Th.). — La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle. *Evol. psych.*, 1956, n° 2, 433-445.

Krafft-Ebing. — Médecine légale des aliénés. 1 vol., Doin, Paris, 1900.

Legrand Du Saule. — La folie devant les tribunaux. 1 vol., Savy, Paris, 1864.

— La responsabilité partielle dans la folie et les névroses. *Ann méd.-psychol.*, 1863, I, 208-231.

Marc (H.). — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. 2 vol., Baillière, Paris, 1840.

Morel. — Médecine légale des aliénés. Masson, Paris, 1866.

Pactet (F.) et Colin (H.). — Les aliénés dans les prisons. 1 vol., Masson, Paris, s.d.

Parant (V.). — La responsabilité atténuée et sa sanction pénale *Ann. méd.-psychol.*, 1912, I, 439-458.

Pinatel (J.). — Le problème de l'état dangereux. 1 vol. (IIe Cours internat. de criminol., 1953).

Planques (J.). — Premiers résultats du dépistage psychiatrique dans la prison de Toulouse. *Ann. méd. lég.*, 1949, n° 1, 11-12.

Proal (L.). — La responsabilité légale des aliénés. *Ann. méd.-psychol.*, 1890, II, 84-107.

Raviart. — La notion de responsabilité dans la pratique médico-légale. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1927, 50-64.

Riant (A.). — Les irresponsables devant la justice. 1 vol., Baillière, Paris, 1888.

Riser (H.). — L'expertise neuro-psychiatrique devant les juridictions criminelles. Pichon et Durand-Auzias, Paris, 1956.

Simonin (C.). — L'expertise médicale dite contradictoire. *C.R. XXVIIe Congrès internat. de méd. lég.*, 1954, Travaux, 44-53.

Trillot (J.). — De l'expertise psychiatrique à l'expertise criminologique. *Ann. méd. lég.*, 1952, n° 2, 131.

— Le médecin aliéniste... doit-il révéler... l'aveu de l'infraction... *Ann. méd. lég.*, 1949, n° 1, 13-16.

Trillot (J.) et Bernardy (Mlle). — L'expertise médico-légale contradictoire en matière criminelle. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1955, 703-712.

Vouin (R.). — Manuel de droit criminel. 1 vol., Pichon et Durand-Auzias, Paris, 1949.

— Droit pénal et criminologie (sous presse).

Examens biologiques et électroencéphalographiques.

Baudoin (A.), Fischgold (H.). — L'expertise électroencéphalographique. Congrès pour l'avancement des Sciences, 1945.

Brazier (M. A. B.), Finesinger (J. E.) et coll. — A contrast between the E.E.G. of 100 psychoneurotic patients and those of 500 normal adults. *Amer. J. Psychiat.*, 1945, 101, 443-448.

Bugnard (L.), Fischgold (H.) et Planques (J.). — L'E.E.G. dans les manifestations hystériques. *Toulouse médical*, 1944, n° 45, 221-237.

Ciamin. — Examen électroencéphalographique systématique des pilotes de l'aviation embarquée. Thèse Marseille, 1952.

Delay (J.). — Méthodes biologiques en clinique psychiatrique. 1 vol., Masson, Paris, 1950, 35-36.

Delay (J.), Bachet (M.) et Verdeaux (G. et J.). — L'électroencéphalographie chez les délinquants adultes. *Ann. méd.-psychol.*, janv. 1952, I, 67-71.

Delay (J.) et Verdeaux (G. et J.). — Enregistrement E.E.G. et comparaison d'un groupe de sujets médicalement sélectionnés (aviation civile) avec un groupe de délinquants. *Rev. neurol.*, 1952, n° 5, 467.

— Les formes frustes et larvées de l'épilepsie psychique; valeur de l'E.E.G. *Encéphale*, 1949, **28**, 193-219.

Dell (M. B.). — L'épilepsie temporale. *Presse méd.*, 1953, n° 61, 505-508.

Delmas-Marsalet (P.). — Le radiodiagnostic des tumeurs cérébrales. 1 vol., Libr. de l'Université, Bordeaux, 1933.

— Une conception nouvelle de l'épilepsie essentielle (mécanisme, périodicité, traitement). *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1955, n° 41, 374-399.

Desclaux (P.), Rémond (A.), Soulès (A.). — Valeur et limites de l'E.E.G. en médecine légale. *Ann. méd. lég.*, 1949, n° 5, 215-228.

Faure (J.). — Variations du comportement et de l'activité bioélectrique du cerveau en rapport avec des éléments physiologiques du système endocrinien. *Rev. neurol.*, 1954, **90**, 338-341.

— Des corrélations psycho-hormonales en physiologie. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1954, 289-296.

Faure-Beaulieu (M.), Fischgold (H.) et Bounes (G.-C.). — L'E.E.G. en médecine légale d'après deux cas personnels. *Sem. des hôp.*, 1948, n° 24, 766.

Gastaut (H.). — Introduction à l'étude électroencéphalographique du comportement. *Sud médical*, 1954, n° 87, 3320-3329.

Gastaut (H.) et Ollivier (H.). — Intérêt médico-social de l'E.E.G. *Sud médical*, 1947, n° 2, p. 295.

Gibbs (F. A.). — Medico-legal aspects of E.E.G. *Journ. clini. psychopath.*, 1946, p. 58-81.

Gibbs (F. A.), Bloomberg (W) and Bagchi (B. K.). — Electroencephalographic study on adult criminals. *Trans. Am. Neurol. Assoc.*, 1942, **68**, 87-90.

Hill (D.). — Cerebral dysrythmia; its significance in aggressive behavior. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1944, **37**, 317-328.

— E.E.G. in episodic psychotic and psychopathic behavior. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 1952, **4**, 419-442.

Hill (D.), Watterson (D.). — Electroencephalographic studies of psychopathic personalities. *J. neurol and psychiat.*, 1942, **5**, 47-65.

Hill et Pond. — Reflections on 100 capital cases submitted to E.E.G. *Journ. mental. Sc.*, 1952, **98**, 23-43.

Matheson (J. C. M.) et Hill (D.). — E.E.G. in medico-legal problems. *Medico-legal and criminal Rev.*, 1943, **11**, 173.

Planques (J.) et Grèzes-Rueff (Ch.). — L'électroencéphalographie dans l'expertise médico-légale. *C.R. du XXVII° Congrès internat. de méd. du travail, méd. légale, etc.*, 1954, 309-381.

— L'E.E.G. des anciens traumatisés du crâne et son utilisation médico-légale. *Toulouse médical*, 1952, **53**, 663-682.

— E.E.G. des séquelles des traumatismes. Soc. d'oto-neuro-ophtal. de Toulouse, séance du 12 janvier 1953.

Puech (P.), Fischgold (H.), Verdeaux (G. et J.). — Utilisation clinique et médico-légale de l'E.E.G. dans les traumatismes crânio-cérébraux anciens. *Sem. des hôp.*, 1946, n° 22, 1233-1242.

Puech (P.), Micoud (R.), Perrin (J.), Brun (M.). — Intérêt diagnostique et médico-légal de l'encéphalographie. *Ann. méd.-psychol.*, 1942, II, 169-174.

Silverman (D.). — Clinical and electroencephalographic studies on criminal psychopaths. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1943, **50**, 18-33.

— The electroencephalogram of criminals, analysis of 411 cases. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1944, **52**, 38-43.

Titeca (J.). — Les applications cliniques de l'électroencéphalographie. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1947, 196-197.

Verdeaux (G. et J.). — Utilisation de l'E.E.G. dans l'expertise médico-légale. *Ann. méd.-psychol.*, 1954, **I**, 184-187.

— Etude électroencéphalographique d'un groupe important de délinquants primaires ou récidivistes au cours de leur détention. *Ann. méd. psychol.*, 1955, **II**, 643-658.

Verdeaux (J.) et Lairy-Bounes (G. C.). — Valeur et limites actuelles de l'E.E.G. en criminologie. *Actes du II^e Congrès internat. de criminol.*, Presses universitaires de France, Paris, **II**, 139-140.

Weill (A.). — De l'intérêt de l'électroencéphalographie dans certains problèmes de médecine légale. Thèse Strasbourg, 1953, n° 9.

Tests mentaux et narco-analyse.

Arruda (E.), de Oliveira Pereira (A.) et Brochado (N.). — Le psychodiagnostic miokinetique chez les psychopathes délinquants (recherches de l'état dangereux). *C.R. I^er Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, **II**, 182-188.

Baruk (H.), Bachet (M.). — Le test Tsedek. P.U.F., Paris, 1950.

Bourdon (J.), Flament (J.) et de Waele (J.-P.). — Etude expérimentale de la réticence en narco-analyse. *Acta neurol. psychiat. belg.*, 1952, n° 8, 476-479.

Bustamante (J. A.). — Miokinetical psychodiagnosis as a test for aggressiveness. *C.R. I^er Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, **II**, 134.

Charlin (A.). — Emploi de la narco-analyse en médecine légale. *Ann. méd. lég.*, 1949, n° 4, 161-166.

Coronel (C.-G.). — Le psychodiagnostic miokinétique du Professeur Mira. Considérations sur le résultat obtenu dans 5.000 cas. *C.R. I^er Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, **II**, 138.

Cossa (P.), Agid (A.) et Auguin (P.). — La psychanalyse chimique *Ann. méd. psychol.*, 1945, **II**, 465-482.

Delay (J.). — Les explorations pharmaco-dynamiques du psychisme. *Bull. Acad. nat. méd.*, 1949, n° 13, 289-293.

Delay (J.), Desclaux (P.), Pasche et Soulairac (A.). — Intérêt du 245 R.P. (penthotal) dans l'exploration du psychisme *Ann. méd.-psychol.*, 1945, **II**, 191-194.

Delay (J.), Pichot (P.), Deniker (P.) et Perse (J.). — Infirmation d'un diagnostic de démence par la méthode des tests mentaux et par des explorations pharmaco-dynamiques. *Ann méd.-psychol.*, 1951, **II**, 189-192.

Delay (J.), Pichot (P.), Leroy (M.). — Diagnostic de la réticence et de la simulation par les tests mentaux. *Ann. méd-psychol.*, 1951, **II**, p. 192-196.

Delay (J.), Pichot (P.) et Perse (J.) — La notion de pseudo-débilité mentale par arriération affective. *Ann. méd.-psychol.*, 1952, **I**, n° 5.

— La notion de débilité mentale camouflée. *Ann. méd.-psychol.*, 1952, **I**, n° 5.

Delay (J.), Pichot (P.), Perse (J.) et coll. — La validité des tests de personnalité en psychiatrie. *Ann. méd.-psychol.*, 1952, **II**, 465-489; 644-655; 1953, **I**, 1-18; 153-174.

Delmas-Marsalet (P.). — La narco-analyse a-t-elle une valeur médico-légale ? *Ann. méd.-psychol.*, 1948, **II**, 460-467.

Endara (J.). — Die Rorschachsche Psychodiagnostik und Verbrechen. Psychogramme zweier rückfälliger Mörder. *Psiquiatr y Criminol.*, 1937, **2**, n° 7.

Euzière (J.), Lafon (R.), Faure (J.-L.), Sabde (Mlle) et Pierandrei (M.). — L'état mental des épileptiques vu à travers les tests projectifs de Rorschach et de Loewenfeld. Incidences cliniques, psychologiques et médico-légales. *C.R I^er Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, **II**, 140-153.

Ey (H.). — L'emploi des substances narcotiques dans l'expertise médico-légale psychiatrique. *Presse médicale*, 1949, n° 1, 13.

Gayral (L.), Carrié (J.), Jardillier (P.) et Sciolette (G.). — Etude critique de l'Inventaire multiphasique de personnalité (« test » de Minnesota). *Ann. méd.-psychol.*, 1951, n° 2, 166.

Guillain (G.). — La narco-analyse au point de vue médico-légal. *Bull. Acad. nat. méd.*, 1949, n° 11-12, 261-267.

Harrower-Erickson (M. R.). — Personality testing in penal institutions. *Probation*, 1943, **22**, 1-6.

Heuyer (G.). — Narco-analyse et narco-diagnostic. Epilogue d'un procès. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1949, 371-375.

— Narco-analyse et narco-diagnostic. Leur utilité en médecine légale. *Ann. médic.-psychol.*, 1949, **I**, 355-361.

Lafon (R.), Faure (J.-L.), Chabalier (G.) et Housay-Buttez (Mme). — Valeur et légitimité des tests en médecine légale psychiatrique. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1953, 496-510.

Levy (S.), Southcombe (R. H.), Cranor (J. R.) and Freeman (R. A.). — The outstanding personality factors among the population of a state penitentiary. *J. Clin. and Exper. Psychopath. Washington*, 1952, **13**, 117-130.

Lhermitte (J.). — Sur la narco-analyse. *Bull. Acad. nat. méd.*, 1949, n° 11-12, 257-267.

Manceaux (G.-A.) et Sutter (J.-M.). — La subnarcose chimique dans l'expertise médico-légale. *C.R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1948, 521-527.

— La subnarcose chimique peut-elle venir en aide à la justice ? *Algérie méd.*, 1948, n° 9, 505-511.

Mc Kinley (J. C.) and Hathaway (S. R.). — Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 1943, Univ. of Minnesota Press.

Minkowska (F.). — Le test de Rorschach dans l'épilepsie. *Ann. méd.-psychol.*, 1946.

Mira y Lopez (E.). — The M.P.D. A new device for detecting the conative trends of personality. *Proceedings of the Royal Soc. of Med.*, févr. 1940, Londres.

— Una nueva tecnica para la determinacion de la peligrosidad. *Rev. de Medicina Legal y Jurisprudencia*, 1940, n° 1-2.

Mira y Lopez (E.), Mira (A.) et de Oliveira (A.). — Aplicação do psycho-diagnostico miocinetico ao estudo da agressividade. *Arquivos Brasileiro de Psicotecnica*, 1949, n° 1, 69.

Mira y Lopez (E.). — Le psycho-diagnostic miokinétique. Editions du Centre de psychol. appliquée, Paris, 1951, avec bibliographie.

Ollivier (H.). — Note sur l'emploi de la subnarcose chimique en médecine légale. *C. R. Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.*, 1948, 528-530.

Ombrédanne. — Etude sur la fidélité du test de Mira y Lopez. Congrès int. psychotechnique de Berne, sept. 1949.

Palmieri (V. M.). — La narco-analyse du point de vue juridique et éthico-déontologique. *Minerva Méd.*, 1950, n° 1, 19-23

Péchoux (R.), Rigal (J.), Mollinger (R.). — Tests de personnalité et délits anciens. *C. R. Congrès des alién. et neurol. de langue fr.*, 1951, 643-648.

Picard (P.), Lebras (R.), Navarrane (P.). — Valeur de l'E.E.G. pour l'expertise médico-légale d'un violent. *C. R. Congrès des alién. et neurol. de langue fr.*, 1953, 488-491.

Pichot (P.). — Les tests mentaux en psychiatrie. P.U.F., Paris, 1949.

— Diagnostic différentiel de la schizophrénie par le test de Rorschach (formule alpha de Piotrowski-Lewis). *Rev. de psychol. appliquée*, 1951, I, n° 4, 275-278.

— Les tests de personnalité en psychiatrie. *Rapport Congrès des méd. alién. et neurol. de langue fr.* Masson, Paris, 1956.

Piotrowski (Z.). — Positive and negative Rorschach organic reactions. *Rorschach Res. Exch.*, 1940, 4, 147-151.

Piotrowski (Z.) et Abrahamsen (D.). — Sexual crime, alcohol and the Rorschach Test. *Psychiatr. Quarter*, suppl., N.-Y., 1952, **26**, 248-260.

Porteus (S. D.). — Qualitative performance in the Maze test. Smith Printing House, Vineland, 1942.

— Manuel du test des labyrinthes de Porteus. Traduction Centre de Psychol. appliquée, Paris, 1952.

Schneider (P.-B.). — Quelques remarques sur l'emploi de la narco-analyse en psychiatrie légale. *C. R. Congrès des méd. et neurol. de langue fr.*, 1948.

Sutter (J. M.). — La subnarcose chimique, ses applications en psychiatrie clinique et médico-légale. *Rev. droit canonique*, Strasbourg, mars 1951, **I**, n° 1, 69-82.

Trillot (J.). — A propos de la narco-analyse du point de vue médico-légal. *Acta med. legal. social.*, Bruxelles, **I**, n° 2, 1-4.

— La narcose barbiturique en médecine légale. *Ann. méd. lég.*, 1949, n° 4, 166-170.

Vouin (R.). — L'emploi de la narco-analyse en médecine légale. Dalloz, 1949, chron., p. 101.

Dépôt légal effectué en 1956 (4e trimestre).

24680. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1956.